

Beleegyező nyilatkozat transzfúzió adásához

(Jelen dokumentumot a kórlapban kell elhelyezni)

A gyermek neve: TAJ száma:

TAJ szám hiánya esetén: Szül.idő:..... Anyja neve:

A szülő/törvényes képviselő neve:

Lakcíme:

A gyermek betegsége:
.....

A tervezett kezelési eljárás, diagnosztikus beavatkozás: **vérátömlesztés** (transzfúzió)

*Az eljárás lényege: más ember(ek)-től levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált, előállított és tárolt teljes vért, vagy véralkotórészt juttatunk az Ön gyermekének szervezetébe, amely nála jelenleg hiányzik, gyógyszerrel nem pótolható, vagy az Ön gyermekének szervezetében a hiányzó alkotóelem(ek) – vörösvérsejt, vérplazma, vérlemezke (**megfelelőt aláhúzni**) – termelése nem elégséges, vagy fokozottan pusztul, s más módon, mint idegen véralkotóelem bevitelével, nem pótolható.*

Tisztelt Szülő!

Ha valamelyik bekezdésben foglalttal nem ért egyet, vagy nem kapott róla kellő tájékoztatást, kérjük, egyértelműen jelezze azt a lapon áthúzással!

Kijelentem, hogy a vérátömlesztés céljáról és természetéről, a velejáró kockázatról, az elővigyázatosság ellenére kialakuló szövődmények lehetőségéről felvilágosítást kaptam. Megismertettek a javasolt eljáráson kívüli lehetőségekkel és azok esetleges hátrányaival. Megértettem, hogy teljes biztonsággal szavatolni nem lehet a kívánt eredményt.

Tudomásul veszem, és erről kellő felvilágosítást kaptam, hogy a fenti beavatkozás leggyakoribb szövődményei az irodalmi adatok, a tudomány jelenlegi állása, és az egészségügyi statisztika szerint a következők lehetnek:

A beavatkozás az előnyök mellett hátrányokkal is járhat az egészségi állapotra vonatkozóan. A bevitt idegen sejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajátjával, ezért azokat a szervezet elsősorban lázzal, veseműködési zavarokkal, allergiás bőrjelenségekkel és más szövődmények kíséretében kivetheti magából, annak ellenére is, ha a vérátömlesztés előtt előírt, szabályszerűen elvégzett előzetes laboratóriumi vizsgálatok során erre a lehetőségre eredmény nem utal. Ennek tényleges valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint 1% alatt van.

Felvilágosítottak arról, hogy a vérátömlesztéssel az előírt vizsgálatok negatív eredménye ellenére is fertőzés, elsősorban fertőző májgyulladás kórokozóját lehet átvinni.

Dokumentum kód:	EL4.3-F1t	Oldalszám:	1./2
Változat szám:	2.		
Allomány név:	C:/Tanúsítás/Formanyomtatványok/EL4.3-F1t-2	Érvénybe lép:	2009.10.20.

A kezelőorvos részletesen, gyermekekre vonatkozóan, közérthető szóhasználattal, személyesen felvilágosított.

Alulírott megértettem a részletes tájékoztatást az alkalmazni kívánt transfúzió (vérátömlesztés) céljáról és esetleges veszélyeiről.

Tudomásul vettem, hogy az emberi vérből előállított vérkészítmény adása gyermekem gyógyulása érdekében szükséges. Megértettem, hogy – az orvosok által elvégzett minden kötelező, előzetes vizsgálat ellenére, - a transfúzió veszélyeket is rejthet magában.

Mindezek alapján egyetértek azzal, hogy a gyermekem kezelőorvosa, a vérellátó osztály által emberi vérből előállított, vérkészítményt neki beadja.

Budapest, 20

.....
a szülő/törvényes képviselő aláírása

.....
az orvos aláírása

.....
a gyermek aláírása (14 év felett)

HA A KEZELÉSBE NEM EGYEZIK BELE:

A beleegyező nyilatkozat áttanulmányozása és az orvossal való személyes megbeszélés alapján a javasolt vérátömlesztésbe nem egyezem bele, a vérátömlesztés elmaradásából származó egészségkárosodásért az orvost semmilyen felelősség nem terheli.

Budapest, 20... ..

.....
a szülő/törvényes képviselő aláírása

.....
az orvos aláírása

.....
a gyermek aláírása (14 év felett)

.....
1. tanú

.....
2. tanú

Dokumentum kód:	EL4.3-F1t	Oldalszám:	2./2
Változat szám:	2.		
Allomány név:	C:/Tanúsítás/Formanyomtatványok/EL4.3-F1t-2	Érvénybe lép:	2009.10.20.