

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT	FNY1030/2 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat vérátömlesztéshez		Oldalszám: 1/2

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT
VÉRÁTÖMLESZTÉSHEZ

1. Beteg neve: **TAJ:**

Diagnózis/BNO-kód:

2. Betegtájékoztató tartalma:

A vérátömlesztés (transzfúzió) során más ember/ek/től levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált, előállított és tárolt teljes vért vagy véralkotórészt juttatunk szervezetébe, mely Önnél jelenleg hiányzik, gyógyszerrel nem pótolható vagy az Ön szervezetében a hiányzó alkotóelem/ek/ – vörösvértest, fehérvérsejt, vérlemezke, plazma – termelése nem elégséges vagy fokozottan pusztul, s más módon, mint idegen vér bevitelével nem pótolható.

A lehetséges szövődmények:

A beavatkozás az előnyök mellett hátrányokkal is járhat az egészségi állapotra vonatkozóan. A bevitt idegen sejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajátjal, 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 semmi nem utal.

A vérátömlesztéssel az előírt vizsgálatok negatív eredménye ellenére többféle fertőzés, elsősorban fertőző májgyulladás kórokozóját lehet átvenni. Ennek valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint 1 % alatt van.

Ritkán ugyan, de előfordulhat, hogy az Intézetünkben távozása után – akár hetekkel később – a vérátömlesztéssel kapcsolatba hozható szövődmény alakul ki. Amennyiben az alábbi tünetek jelentkeznek, haladéktalanul keresse fel háziorvosát!

- **sárgaság**
- feltűnő sápadtság, **fokozódó fáradékonyság**
- **sötét** vagy piros színű **vizelet**
- vizeletelakadás
- nehézlégzés, mellkasi fájdalom, derékfájdalom, hátfájdalom
- csalánkiütés, bőrkiütés, vérzékenység
- láz, remegés, hidegrázás

A fent felsorolt tüneteket egyéb betegség is okozhatja, illetve egyéb ritka tünetek is jelentkezhetnek vérátömlesztés után. Emiatt fontos, hogy ha állapota váratlanul romlik, illetve a fenti tüneteket észleli, azonnal értesítse kezelőorvosát.

Amennyiben háziorvosa nem elérhető, a fenti tünetek kialakulása, illetve váratlan állapotromlás esetén jelentkezzen Kórházunk Sürgősségi Betegellátó Osztályán.

Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés:
- Válasz:
- 2. Kérdés:
- Válasz:
- 3. Kérdés:
- Válasz:
- 4. Kérdés:
- Válasz:
- 5. A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):

Ézúton kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt megismerhettem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem. Kijelentem továbbá, hogy lehetőségem volt a fent rögzített tartalommal megegyezően kezelőorvosom felé kérdéseket intézni, melyekre szóban kielégítő választ kaptam és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek a további kezelésemről.

DÉL-BUDAI CENTRUMKÓRHÁZ SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT	FNY1030/2 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat vérátömlesztéshez		Oldalszám: 2/2

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

Ezúton nyilatkozom, hogy a vérátömlesztéshez/transzfúzióhoz (a megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

hozzájárulok

nem járulok hozzá.

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg. Tudomásul veszem, hogy az emberi vérből készült vérkészítmény adása gyógyulásom érdekében szükséges. Megértettem, hogy az orvosok által végzett minden előzetes kötelező vizsgálat ellenére a transzfúzió veszélyeket is rejthet magában. Tisztában vagyok azzal, hogy fenti nyilatkozatomat bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom.

Keltezés helye, ideje:

.....
tájékoztató orvos neve
(nyomtatott betűkkel)

.....
nyilatkozó személy neve/jogállása
(nyomtatott betűkkel)

.....
tájékoztató orvos
aláírása és pecsétje

.....
nyilatkozó személy
aláírása

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!):

cselekvőképtelen állapotban lévő beteg

belátási képessége birtokában lévő beteg

Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni.