

FELVILÁGOSÍTÁSI és BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT TRANSZFÚZIÓ ADÁSÁHOZ

Alulírott beteg / szülő / ítélőképességében korlátozott személy törvényes képviselője (megfelelő aláhúzendó) kijelentem, hogy a vérátömlesztés eljárására vonatkozóan az alábbi felvilágosítást kaptam, melyet teljes egészében megértettem és tudomásul veszem.

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

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 bőrijelenségekkel és más szövödmények kíséretében kivetheti magából, annak ellenére is, ha a vérátömlesztés előtt előírt, szabályszerűen elvégzett előzetes laboratóriumi vizsgálatok során erre a lehetőségre a vizsgálatok eredménye nem utal. Ennek tényleges valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint 1 % alatt van.

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

A fentiekről részletesen, személyemre / gyermekemre / általam képviselt ítélőképességében korlátozott személyre (megfelelő aláhúzendó) vonatkozóan, közérthető szóhasználatkal személyesen szóban is felvilágosított:

Orvos neve:..... aláírás, pecsét:

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

Tudomásul vettem, hogy az emberi vérből előállított vérkészítmény adása a gyógyulás érdekében szükséges. Azt is megértettem, hogy – az orvosok által elvégzett minden kötelező, előzetes vizsgálat negatív eredménye ellenére – a transzfúzió veszélyeket is rejthet magában.

Mindezek alapján egyetértek azzal, hogy az orvos, a vérellátó osztály által emberi vérből előállított vérkészítmény(ek)e)t nekem / gyermekemnek / általam képviselt ítélőképességében korlátozott személynek (megfelelő aláhúzendó) beadja. **Beleegyezési nyilatkozatom visszavonásig érvényes.**

A transzfúzió okozta szövödményekről és a szövödményre utaló leggyakoribb tünetekről tájékoztattak, a „**Beteg-hazabocsátási nyilatkozat**”-ot átvettem.

Budapest, 20.....

.....
vérátömlesztést kapó személy neve

.....
TAJ szám vagy egyéb személyazonosító adat

.....
a transzfúzióhoz felvilágosított beleegyezését
adó beteg / szülő / ítélőképességében korlátozott
személy törvényes képviselője*
(megfelelő aláhúzendó) aláírása

.....
TAJ szám vagy egyéb személyazonosító adat

Tanúk:
olvasható aláírás

.....
lakcím

.....
olvasható aláírás

.....
lakcím

* Törvényes képviselő esetén az erről szóló dokumentum csatolása szükséges!

Kedves Betegünk!

Bizonyára nem mindenki számára ismeretes, hogy ma Magyarországon évente megközelítőleg 300 ezer egészséges ember nyújtja karját rendszeresen azért, hogy vérre, vérkészítményre szoruló betegek gyógyítását, felépülését elősegítse. Miután a vér semmivel nem pótolható, így a betegek ellátása a rendszeres véradókon múlik. Ezek az emberek mindenféle ellenszolgáltatás, fizetség nélkül, önként adják vérüket, olyan betegeknek, mint Ön is. Ahhoz, hogy a vérellátás zökkenőmentes legyen, az Ön hozzátartozói, barátai segítségére is szükség van!

Amennyiben Önnek – gyógyulásához vagy műtétjéhez – vérre van szüksége, kérje meg egészséges 18 és 60 év közötti hozzátartozóit, barátait, hogy adjanak vért és segítsenek Önnek és a többi betegnek, hogy mihamarább gyógyultan távozhassanak a kórházból.

Amennyiben hozzátartozója, barátja az Ön gyógyulását szeretné segíteni véradásával, úgy a levett vért az Ön számára elkülönítik. **Ezt irányított véradásnak hívják.** Kérjük a véradókat, ezen szándékukat véradás előtt jelezzék, hogy adataikat a vérkészítményhez rendelhessék. *Eltérő vércsoport esetén a hozzátartozója vére az Ön számára nem használható fel. Ebben az esetben a hozzátartozója kérje, hogy a kedvezményezett kórház a Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet legyen, ezzel ugyanis ugyanúgy növeli az Ön vérhez jutási esélyeit, mintha hozzátartozója a vért közvetlenül Önnek adná.*

Véradásra az alábbi címen jelentkezhetnek:

OVSZ, BUDAI REGIONÁLIS VÉRELLÁTÓ KÖZPONT, DONOR OSZTÁLY

cím: 1113 Budapest, Karolina út 19-21
telefon: 06-80-32-42-44; (36-1)-372-4233
időpont: hétköznap: 07 és 19 óra között
szombaton: 08 és 12 óra között

Kérjük, hogy TAJ kártyájukat, személyigazolványukat, lakcímkártyájukat feltétlenül vigyék magukkal!

SEGÍTSÉGÜKET KÖSZÖNJÜK!

