



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM PODÁNÍ TRANSFUZNÍCH PŘÍPRAVKŮ

### 1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

•

### 2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

Lékařem Vám/osobě Vámi zastupované byla navržena léčba transfuzními přípravky definovanými dle Vyhlášky o lidské krvi č. 143/2008 Sb., ve znění pozdějších předpisů (neboli transfuze).

Transfuzní přípravky jsou připravovány dle zásad správné výrobní praxe z lidské krve.

Cílem transfuze je doplnit chybějící složku krve (červené krvinky, plazmu, krevní destičky, bílé krvinky) transfuzním přípravkem s minimální příměsí ostatních složek krve.

### Postup při transfuzi (aplikaci transfuzního přípravku):

V případě podání transfuzního přípravku s obsahem červených krvinek provádí krevní banka FN Motol podle předpisů povinné předtransfuzní vyšetření, které zajišťuje slučitelnost krve příjemce a dárce. V některých případech je za účelem specifikace krevního typu z medicínských důvodů nutné nechat provést rovněž zvláštní vyšetření referenční laboratoří – pacient souhlasí, že odebraný vzorek jeho krve v takovém případě bude zaslán do referenční laboratoře Ústavu hematologie a krevní transfúze, U Nemocnice 1, Praha 2 za účelem provedení podrobnějšího vyšetření DNA odebraného vzorku jeho krve. Odebraný vzorek nebude v Ústavu hematologie a krevní transfúze uchováván a po provedení vyšetření a sdělení výsledku do FN Motol bude zlikvidován.

Transfuzní přípravek se aplikuje nitrožilně transfuzním setem s filtrem. Bezpečnost a nezaměnitelnost transfuzního přípravku je kontrolována na několika stupních. Před aplikací jakéhokoli transfuzního přípravku lékař u lůžka ověřuje krevní skupinu pacienta/příjemce a krevní skupinu transfuzního přípravku s obsahem červených krvinek.

Během transfuze je pacient/příjemce sledován v pravidelných intervalech zdravotní sestrou. V případě výskytu jakýchkoliv subjektivních potíží (horečka, zimnice, nevolnost, bolest na hrudi, bolest v místě vpichu, vyrážka apod.) v průběhu transfuze informujte okamžitě zdravotnický personál. V případě výskytu nežádoucí reakce bude transfuze okamžitě přerušena a lékař rozhodne o dalším postupu.

### 3. *Rizika zdravotního výkonu:*

I přes pečlivý výběr dárců a jejich vyšetření při každém odběru (protilátky proti HIV 1, 2, antigen hepatitidy B /žloutenky B/, protilátky proti hepatitidě C /žloutence C/, syfilis) nelze úplně vyloučit riziko přenosu infekce krví.

Další rizika, která s sebou může transfuze přinést, jsou potransfuzní reakce, které zahrnují zejména: vzestup teploty, třesavku, zimnici, alergickou reakci apod. Jedná se většinou o imunologické komplikace, kterým nelze vždy předejít i přes všechna kontrolní opatření.

*V život ohrožujících situacích (např. urgentní transfuze, masivní transfuze) nebo při kritickém nedostatku zásob RhD negativních transfuzních přípravků, lze podat neimunizovaným (tj. bez průkazu protilátky anti-D) RhD negativním příjemcům RhD pozitivní erytrocyty. Informaci o případném průkazu anti-D by měl mít pacient v dokumentované formě pro případné další transfuze.*

V případě, že jste/osoba Vámi zastupovaná v minulosti dostával/a transfuzi a měl/a potransfuzní reakci, nebo Vám/osobě Vámi zastupované byly zjištěny tzv. protilátky proti červeným krvinkám, sdělte tuto důležitou informaci ošetřujícímu lékaři!

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

Podání transfuzního přípravku nelze v současné době nahradit jiným způsobem. Léčba transfuzními přípravky Vám/osobě Vámi zastupované může zachránit život nebo výrazně zlepšit zdravotní stav.

### 5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:*

Podání transfuze se provádí většinou v rámci hospitalizace na lůžkovém oddělení jako součást léčebného plánu. V některých oborech (hematologie, onkologie) se transfuze provádí i ambulantně.

Předpokládaná doba hospitalizace, pracovní neschopnosti, omezení v běžném způsobu života a změny ve zdravotní způsobilosti souvisí se základním onemocněním, pro které je transfuze podána.

Pokud se jedná o ambulantní transfuzi, je vhodné, abyste se/aby se osoba Vámi zastupovaná v den transfuze vyhnul/a větší fyzické námaze.

**6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):**

- Během transfuze i po transfuzi je pacient/příjemce sledován lékařem a sestrou.
- Před zahájením transfuze a po jejím ukončení jsou kontrolovány klinický stav pacienta/příjemce spolu s parametry krevního tlaku, pulsu a teploty.
- Pacient/zákonný zástupce je před zahájením transfuze seznámen s příznaky potransfuzní reakce a nutností na tyto příznaky upozornit, pokud mu to jeho klinický stav umožňuje.
- Léčebný režim souvisí se základním onemocněním, pro které je transfuze podávána.

**Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne .....20..... v.....hod.

.....  
**Podpis a jmenovka lékaře**

**Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

**Souhlasím s (označte křížkem):**

- podáním 1 transfuzního přípravku,
- podáváním transfuzních přípravků během mé hospitalizace,
- podáváním transfuzních přípravků po dobu léčby mého onemocnění ve FN Motol,
- opakovaným podáváním transfuzních přípravků během ambulantní léčby mého onemocnění,
- jiné (uved'te): .....

**Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoli odvolat.**

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

**Pro zákonného zástupce pacienta:**

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze, dne .....20..... v.....hod.

.....  
**Podpis pacienta /zákonného zástupce**

\* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientovi: .....

**Podpisová doložka svědka:**

.....  
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....  
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....  
Jméno a příjmení svědka

.....  
Podpis svědka