



Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA SP. z o.o.

24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470
REGON: 060116658 (I-000000020953)

IKARDIA Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie (V-01)
Oddział Kardiologiczny / Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego (VII/VIII-002/4100)
24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470

Nałęczów, dnia

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

NR. KSIĘGI:

Zgoda na przetoczenie krwi i jej składników oraz preparatów krwiopochodnych.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że po przetoczeniu krwi i jej składników, mimo dokładnej kwalifikacji dawców i przeprowadzenia najczulszych testów kwalifikujących krew i jej składniki do krwiolecznictwa, nie można całkowicie wykluczyć ryzyka przeniesienia zakażenia wirusowego, w tym: zapalenia wątroby, zakażenia HIV oraz innych czynników infekcyjnych, bakteryjnych, grzybiczych, pierwotniakowych. Rzadko mogą zdarzyć się inne powikłania poprzetoczeniowe, w tym: hemolityczne, niehemolityczne reakcje poprzetoczeniowe, reakcje anafilaktyczne, wstrząs septyczny, reakcje alergiczne i inne. Po przetoczeniu krwi i jej składników istnieje również ryzyko immunizacji biorcy antygenami krwinek: czerwonych, białych, płytkowych dawcy.

Po przetoczeniu preparatów krwiopochodnych: albumin, immunoglobulin, czynników krzepnięcia, mimo dodatkowo przeprowadzonej w procesie produkcyjnym inaktywacji wirusów, nie można całkowicie wykluczyć możliwości przeniesienia zakażenia.

Oświadczam, iż zrozumiałem/am treść przekazanych informacji i świadomy/a ryzyka, o którym jest mowa powyżej, wyrażam zgodę na przetoczenie krwi i jej składników oraz preparatów krwiopochodnych

.....
Podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
Pieczęć i podpis lekarza

ODMOWA ZGODY NA PRZETOCZENIE KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW ORAZ PREPARATÓW KRWIOPOCHODNYCH.

Oświadczam, iż zrozumiałem/am treść przekazanych informacji o ryzyku powikłań oraz zagrożeniu życia w przypadku odmowy przetoczenia krwi i jej składników oraz preparatów krwiopochodnych i **świadomie nie wyrażam zgody na przetoczenie krwi i jej składników oraz preparatów krwiopochodnych.**

.....
Podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
Pieczęć i podpis lekarza