

	DOCUMENTE DE MANAGEMENTUL CALITĂȚII	Numărul documentului: TH-DK-19 Data publicării: 01.11.2024
	FORMUL DE CONȘIMȚĂMÂNT ÎNFORMAT PENTRU TRANSPLANT DE SÂNGE ȘI COMPONENTE SÂNGE (*)	Numărul revizuirii: 00 Data revizuirii : ... Numărul paginii: 1 / 1

Numele și prenumele pacientului:

Numărul fișierului:

NU VREAU SA FIIN INFORMAT DESPRE PROBLEMA ()**

Medicul

meu/medicul

pacientului

meu

..... eu / El a raportat că transfuzia de sânge și componente sanguine la pacientul meu ar putea duce la o îmbunătățire semnificativă sau la o schimbare pozitivă a bolii.

Sânge și componente ale sângelui (în plus, fără deleucocite, iradiate, spălate)) :

- Sânge întreg,
- Suspensie eritocitară
- plasmă proaspătă congelată
- Poate fi suspensie trombocitară sau crioprecipitat.

Au fost explicate beneficiile și riscurile acestei proceduri de transplant și tratamente alternative. Deși sângele și componentele sanguine sunt preparate și testate în conformitate cu normele legale și științifice, / Poate provoca diferite reacții de transfer imunologice, alergice, microbiene, fizice sau chimice imprevizibile pacientului meu; Deși aceste reacții sunt de obicei ușoare sau moderate, rareori pot fi suficient de severe pentru a pune viața în pericol; Aceste reacții pot fi fatale, în ciuda încercărilor de tratament cu succes, Am învățat chiar că acest lucru se poate întâmpla chiar și atunci când propriul meu sânge este donat. Chiar și atunci când sunt testate cu cele mai moderne metode, transfuziile de sânge și de componente sanguine transmit rareori unele virusi. (SIDA, virusuri hepatice; cum ar fi hepatita B, hepatita C) știu că se poate transmite și, prin urmare, există posibilitatea ca infecția să se dezvolte luni sau ani mai târziu.

Am avut ocazia să pun întrebări despre transfuziile de sânge și componente ale sângelui. Acest „Consimțământ informat” pe care l-am dat este valabil până când voi fi externat din spital. (**).

Am fost informat despre transfuzia de sânge și componente sanguine către mine/pacientul meu și am înțeles ce a fost scris/explicat.

APROB

Data/Ora :

Nume-Prenumele pacientului/ruda pacientului:

Martor: Asistenta/Doctor Nume- Prenume:

Doctor Nume- Prenume:

NU APROB

Semnătura:

Semnătura:

Semnătura:

OBSERVAȚII

* Dacă pacientul are peste 18 ani și este conștient, el/ea trebuie să aprobe el însuși acest formular. În caz contrar, aprobarea trebuie făcută de ruda de gradul I a pacientului. (Mamă, tată, frate, soț, copil).

** În cazurile în care pacientul nu dorește să fie informat, acesta trebuie să semneze mențiunea „Nu vreau să fiu informat” cu propriul scris de mână în partea de jos a acestui formular.

*** Pacientul/ruda pacientului are dreptul de a revoca oricând consimțământul pentru transfuzia de produse sanguine. În acest caz, pacientul trebuie să semneze un nou formular de consimțământ.