

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat

Alulírott _____ (születési hely, idő:
_____, TAJ szám: _____)

kijelentem, hogy a vérátömlesztés orvosi eljárására vonatkozóan az alábbi felvilágosítást kaptam, az abban foglaltakat teljes egészében megértettem és tudomásul veszem.

Az eljárás lényege: más ember(ek)től levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált, előállított és tárolt teljes vért vagy véralkotórészt juttatunk az Ön szervezetébe, mely gyógyszerrel nem pótolható vagy az Ön szervezetében a hiányzó alkotóelem(ek) – vörösvérsejt, vérplazma, vérelemezke – 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 sajátokkal, ezért azokat a szervezet elsősorban lázzal, veseműködési zavarokkal, allergiás bőrléleségekkkel és más szövődemények kíséretében kivetheti magából, annak ellenére is, ha a vérátömlesztés előtt előírt, szabályszerűen elvégzett előzetes laboratóriumi vizsgálatok során erre a lehetőségre eredmény nem utal. Ennek tényleges valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint 1 % alatt van.

Felvilágosítottak arról is, hogy a vérátömlesztéssel az előírt vizsgálatok negatív eredménye ellenére is fertőzés, elsősorban fertőző májgyulladás kórokozóját lehet átvinni. Ennek tényleges valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint százezer vérátömlesztésből legfeljebb egy.

A fentiekről részletesen, személyemre vonatkozóan, közérthető szóhasználattal, személyesen felvilágosított: Dr. _____

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott megértettem a részletes tájékoztatást az alkalmazni kívánt transzfúzió (vérátömlesztés) céljáról és esetleges veszélyeiről. Tudomásul vettem, hogy az emberi vérből előállított vérkészítmény adása gyógyulásom érdekében szükséges. Azt is megértettem, hogy – az orvosok által elvégzett minden kötelező, előzetes vizsgálat ellenére – a transzfúzió veszélyeket is rejtget magában.

Mindezek alapján

beleegyezem / nem egyezem bele ,

hogy kezelőorvosom a vérkészítményt nekem beadja.

Dunaújváros, 20_____ év _____ hónap _____ nap

a felvilágosított személy aláírása

orvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

A tanú saját kezű aláírása:

A tanú saját kezű aláírása: