

Část A) Vážená paní, vážený pane,

zdravotní výkon, který Vám doporučujeme, vyžaduje Váš INFORMOVANÝ SOUHLAS.

Informovaný souhlas znamená, že budete v následujícím textu podrobně, odborně a pro Vás srozumitelně poučen/a o navrhovaném postupu léčby. Dále Vás poučíme o možných rizicích a následcích zdravotního výkonu.

Název zdravotní služby (výkonu): Podání transfuzních přípravků (léčivé přípravky vyrobené z lidské krve) a krevních derivátů (léčivé přípravky vyrobené z lidské plazmy)

1. Důvod a cíl výkonu

Aplikace transfuze může výrazně zlepšit Váš zdravotní stav či dokonce zachránit Váš život. Transfuze neléčí příčinu onemocnění, ale bez provedení transfuze by mohlo dojít ke zhoršení zdravotního stavu, poškození zdraví či ke smrti pacienta.

2. Povaha a následky výkonu

Transfuzní přípravky jsou připravovány z lidské krve zařízeními transfuzní služby a jsou vyráběny z krve dobrovolných dárců za dodržení zákonných podmínek (zák. 378/2007 Sb. o léčivech v platném znění, vyhl. 143/2008 Sb. o lidské krvi, aj.).

Krevní deriváty jsou přípravky získané výrobní technologií v rámci produkce farmaceutického průmyslu z krevní plazmy nebo jinými technologickými postupy.

Zásadou účelné hemoterapie (léčby krví) je podat pacientovi jen tu část krve, kterou nezbytně potřebuje. Proto se používají níže uvedené transfuzní přípravky nikoliv plná krev:

- **červené krvinky (erythrocyty)** – k léčbě chudokrevnosti (anémie) a krevních ztrát, kdy je nedostatečný přenos kyslíku do orgánů a tkání,
- **krevní destičky (trombocyty)** – k léčbě nebo prevenci krvácení, které je způsobeno nedostatkem vlastních destiček nebo poruchou jejich funkce,
- **plazma** – k léčbě poruch srážení krve,
- **bílé krvinky (leukocyty)** – k léčbě těžkých infekcí při nedostatku vlastních leukocytů.

Vlastní transfuze je aplikována v závislosti na typu podávaného transfuzního přípravku, na zdravotním stavu a toleranci příjemce, desítky minut až několik hodin. **V případě výskytu jakýchkoliv subjektivních potíží** (dušnost, tlak na prsou, nevolnost, zvracení, třesavka, bolest hlavy, bolest v bederní krajině, úzkost, zrychlení tepu, teplota, svědění pokožky) **ihned informujte zdravotnický personál.**

3. Rizika výkonu

Všechny transfuzní přípravky jsou biologického původu, obsahují lidské bílkoviny a jsou vnímány imunitním systémem pacienta. Transfuzní přípravky mohou mít, podobně jako kterýkoliv jiný lék, vedlejší účinky nebo komplikace při jejich podání. Komplikace jsou vzácné, v celkovém součtu provázejí cca 1-2 % podaných transfuzí.

Nejčastěji se vyskytují: alergická reakce (obvykle ve formě kožní vyrážky), zvýšená teplota nebo horečka, bolesti hlavy.

Mezi vzácné reakce patří: přenos infekčních chorob (virů, bakterií, protozoí, prionů), přetížení krevního oběhu (zvl. u pacientů s nemocemi srdce nebo ledvin), přetížení železem (u pacientů s četnými transfuzemi), podchlazení, ovlivnění hladiny vápníku a draslíku v krvi pacienta.

4. Hospitalizace a omezení, doporučení ve způsobu života

V dalších minimálně dvou týdnech sledujte svůj zdravotní stav, ve výjimečných případech může dojít k pozdní potransfuzní reakci – příznaky: nevysvětlitelná únava a slabosti, zvýšená tělesná teplota, žloutnutí kůže, očí, ztmavnutí moči, krvácivé projevy na kůži a na sliznicích. **V případě výskytu komplikací ihned kontaktujte lékaře!**

5. Alternativy výkonu

- **autotransfuze** – transfuzní přípravek vyrobený z krve pacienta (lze uplatnit jen u některých plánovaných operací za předpokladu dobrých hodnot krevního obrazu pacienta),
- **podávání léků nutných pro tvorbu červených krvinek** (železo, kyselina listová, vitamin B12) – účinné pouze u některých chudokrevností, nástup účinku trvá týdny až měsíce,
- **podávání léků (hormonálních přípravků), které povzbuzují kostní dřeň ke krvetvorbě** – nástup účinku trvá týdny, lze použít pouze pro některé chorobné stavy,
- **podávání léků ke snížení krvácení** – jejich účinek při stavění krvácení je omezený, slouží spíše jako doplněk k léčbě transfuzí.



Část B) INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZDRAVOTNÍ SLUŽBOU

Podání transfuzních přípravků (léčivé přípravky vyrobené z lidské krve) a krevních derivátů (léčivé přípravky vyrobené z lidské plazmy)

**Jméno a příjmení
pacienta/pacientky,
rodné číslo, kód zdravotní
pojišťovny, adresa bydliště:**

--

Prohlašuji, že jsem vysvětlil/a podstatu a výhody zdravotní služby (výkonu) pacientce/pacientovi (zák. zást. pacienta) způsobem, který byl podle mého soudu pro ni/něho (pro ně) srozumitelný. Rovněž jsem ji/ho seznámil/a s předpokládanou úspěšností tohoto výkonu, s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi.

Seznámil/a jsem pacientku/pacienta (zák. zástupce pacienta) s možnými alternativami navrhovaného výkonu a s problémy, které mohou nastat během uzdravování i s důsledky odmítnutí výkonu.

Jméno a příjmení lékařky/lékaře:

Podpis: **Datum:**

Pacientka/pacient (zák. zástupce)

1) *Přečtete si laskavě pozorně informace na všech stranách formuláře informovaného souhlasu části A i B.*

2) *Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.*

3) *Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.*

Já, pacientka/pacient (zák. zástupce):

Prohlašuji, že jsem lékařem byl/a srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu/lékařského postupu uvedeného v části A i B, byl/a jsem též informován/a o některých možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu/postupu, s možnými alternativami k výkonu/postupu i s důsledky toho, že by se výkon/postup neprovedl. Byl/a jsem rovněž informován/a o možných problémech během uzdravování.

Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným zdravotním výkonem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

Jsem srozuměn/a s tím, že uvedený zdravotní výkon nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval.

Podpis pacientky/pacienta:
(zák. zástupce pacienta)

Datum:

V případě, že se pacientka/pacient nemůže podepsat:

Důvod:	
Způsob projevu souhlasu:	

Svěděk:

jméno a příjmení

podpis svědka