

Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet

Beteg felvilágosítási és hozzájárulási nyilatkozat
TRANSZFÚZIÓ elvégzéséhez

Tudomásul veszem és hozzájárulok, hogy más emberektől levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált és kezelt vérkészítményt juttatnak szervezetembe. Vérátömlesztésre azért van szükség, mert szervezetemben az életemet veszélyeztető mértékben kevés van valamelyik véralakotórészből, és azt más módon pótolni jelenleg nem lehet.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás az előnyök mellett hátrányokkal is járhat az egészségi állapotra vonatkozóan. A bevitt idegen vörsejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajátjával, ezért azokat a szervezet elsősorban lázzal, veseműködési zavarokkal, allergiás bőrjelenségekkel és más nem kívánt reakciók 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 kevesebb, mint egy százalék.

Tudomásul veszem, 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, személyre vonatkozóan, közérthető szóhasználatral a személyesen a felvilágosítást adta:

Osztály: _____ Dr. _____ PH.

kelt: _____ év: _____ hónap: _____ nap: _____

Beteg neve	TAJ száma	aláírása
------------	-----------	----------

Tanúk:

Név/Lakcím

Név/Lakcím

A nyilatkozat jelen kórházi kezelés alatt visszavonásig érvényes!