



## GOTTSEGEN GYÖRGY ORSZÁGOS KARDIOVASZKULÁRIS INTÉZET

A beteg neve: ....., azonosítója: .....

### Vérátömlesztés (Transzfúzió)

#### Betegtájékoztató és nyilatkozatok

#### **Tisztelt betegünk!**

Jelenlegi állapota szükségessé teszi, hogy Önnek most/ a szív-, érműtét során (a megfelelő aláhúzendó) **vérátömlesztést/..... véralkotórész transzfúziót** végezzünk.

A beavatkozás elvégzéséhez szükséges az Ön írásos beleegyezése.

Kérjük, mielőtt kezelőorvosa személyesen is tájékoztatja Önt a szükséges beavatkozás részleteiről, figyelmesen **olvassa el** ezt az ismertetőt, majd az orvosi tájékoztatást követően **saját kezűleg írja alá** a végén levő beleegyező nyilatkozatot.

Amennyiben kérdése van a leírtakkal kapcsolatban, még az aláírás előtt kérjen további *szóbeli tájékoztatást* is kezelőorvosától! Ha az írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján nem kíván beleegyezni a beavatkozásba, ne ezt, hanem egy - szintén kezelőorvosától kapott *Megtagadó nyilatkozatot* írjon alá. Kérjük, fontolj a meg döntését!

#### **Az eljárás célja, szükségességének indoklása:**

Más ember(ek)től levett, szakmai szabályok szerint kivizsgált és tárolt vért vagy véralkotórészt juttatunk a beteg szervezetébe, amely:

- a) a betegnél jelenleg hiányzik (pl. vérvesztés, kivérzés vagy a vörösvértestek pusztulása miatti vérszegénység)
- b) jelentős csökkenése várható valamely műtéti beavatkozás (pl. szívműtét) kapcsán;
- c) a beteg szervezetében a hiányzó alkotóelemek valamelyikének (pl. vörösvértest, fehérvérsejt, vérlemezke, vérplazma, alvadási faktor) termelése nem elégséges vagy fokozottan pusztul és más módon (gyógyszerrel, infúziós oldattal) **nem**, csak idegen véralkotóelem bevitelével pótolható.

**A beavatkozás elmaradásának következményei:** A vérátömlesztés javallatát csak kritikus esetben állítjuk fel, mivel minden transzfúzió veszélyeket rejt magában (I. alább). A javallat tehát általában *életveszélyes* állapotokban (súlyos kivérzés v. elvérzéssel fenyegető véralvadási zavar) születik meg és a beavatkozás elmaradása ezért legtöbbször halálához vezet. Enyhébb javallat esetén a vérátömlesztés elmaradása tartós gyengeséggel, erőtlenességgel, szédüléssel, aluszékonysággal, a gyógyulás meghosszabbodásával jár.

**A vérátömlesztés menete:** Az Ön számára - laboratóriumi próbákkal - kiválasztott vért megkapva a Vérellátóból szobahőmérsékletűre melegítjük, majd az osztályon történt kontrollvizsgálatok (vércsoport, Rh meghatározások) negatív eredmény után cseppinfúzió formájában, egy karvánán keresztül az Ön szervezetébe juttatjuk. A vérátömlesztés első 5 percében az orvos Ön mellett tartózkodik, hogy észlelhesse az esetleges akut szövődményeket (biológiai próba). Kérjük jelezze, ha a beadás kezdete után bármikor kellemetlen tünetet (verejtékezés, hidegrázás, vesetáji fájdalom stb.) érez, hogy időben észleljük a problémát és segíthessünk.

**A vérátömlesztés lehetséges szövődményei:** A beavatkozás az előnyök mellett hátrányokkal is járhat az egészségi állapotra vonatkozóan. A bevitt idegen sejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajáttal, ezért azokat a szervezet elsősorban láz, veseműködési zavarok, allergiás bőrjelenségek és más szövődmények kíséretében kivetheti magából, annak ellenére is, hogy erre a vérátömlesztés előtti, szabályszerűen elvégzett laboratóriumi vizsgálatok eredménye nem utalt. E szövődmények valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint 1% alatt van. Vérátömlesztéssel az előírt szűrővizsgálatok negatív eredménye ellenére is bizonyos fertőzések (elsősorban májgyulladás, esetleg AIDS) kórokozóját lehet átvinni.

Nem megfelelően kiválasztott (főcsoport vagy Rh tévesztés) vér beadása halálos szövődményekkel is járhat; ilyen esetben a vért bekötő orvos büntetőjogilag felelősségre vonható. A GOKVI-ban a jelen-



**Intézeti Protokoll**  
**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozatok alkalmazása**  
**12.sz. melléklet**

**Oldal: 2/2**

**Kiadás száma: 2**

leg/mindekor érvényes transzfúziós szabályzat alapján a betegeinket választott vagy csoportazonos vérekkkel, és kompatibilis vérkészítményekkel transzfundáljuk.

### **ORVOSI NYILATKOZAT**

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatban valamennyi kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és olyan mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam. Az orvos kiegészítése:

#### **A beteg kérdései:**

#### **Az orvos válaszai:**

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap

.....  
A tájékoztatást adó és nyilatkozatot tevő  
orvos(ok) aláírása

### **BETEG /TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ/ BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA**

#### **A beteg /törvényes képviselő/ beleegyező nyilatkozata**

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyre szabott, egyéniesített, minden releváns részletre kiterjedő szóbeli orvosi tájékoztatást megértettem, amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre. Ugyancsak megértettem a beavatkozással kapcsolatos valamennyi szövődmény kockázatát. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam.

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegséggemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem továbbá, hogy amennyiben az invazív beavatkozás során annak előre nem látható kiterjesztése válik szükségessé, úgy a beleegyezésem hiányában is elvégezhető a kiterjesztés, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy ennek elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene. Amennyiben a kiterjesztés valamely szervem vagy testrészem elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, úgy azt csak közvetlen életveszély esetén, vagy aránytalanul súlyos terhelés esetén szabad végrehajtani.

Budapest, .....év ..... hó ..... nap

.....  
Beteg, vagy törvényes képviselő aláírása

.....  
a törv. képviselő jogcíme

(A hozzátartozói minőségemet megvalósító rokonsági fok, illetve jogcím: a beteg gyermekem, örökbefogadott gyermekem, a beteg gyámja, gondnoka vagyok, egyéb jogcím, illetve rokonsági fok.)