

Intézmény neve, címe, érzéstelenítést végző osztály neve, osztályvezető neve

## VÉRKÉSZÍTMÉNY ADÁSÁRA VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁSI, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

**Tisztelt Betegünk!**

Szíveskedjék a fenti, vérkészítmény adására vonatkozó tájékoztatót átolvasni, az altatóorvos szóbeli tájékoztatását követően az alábbi nyilatkozatot aláírni.

**Az eljárás lényege:** más ember(ek)től levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált, előállított és tárolt teljes vért vagy véralkotórészt juttatunk az Ön szervezetébe, amely hiányzik, gyógyszerrel nem pótolható, vagy az Ön szervezetében a hiányzó alkotóelemek

– **vörösvérsejt, vérplazma, vérlemezke (megfelelőt aláhúzni)** –

termelése nem elégséges vagy fokozottan pusztul, s más módon, mint idegen alkotóelem bevitelével, nem pótolható.

A beavatkozás az előnyök mellett hátrányokkal is járhat az egészségi állapotra vonatkozóan. A bevitt idegen sejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajáttal, ezért a szervezet elsősorban lázzal, veseműködési zavarokkal, allergiás bőrijelenségekkel és más szövődmények 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 1% alatt van.

**Tájékoztattak arról,** hogy a vérátömlesztésekkel az előírt vizsgálatok ellenére is fertőzést, elsősorban fertőző májgyulladást lehet átvinni. Ennek tényleges valószínűsége ritka, 0,1% alatt van.

Alulírott megértettem a részletes tájékoztatást az alkalmazni kívánt vérkészítmény adásának (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 vér adása veszélyeket rejthet magában.

A fentiekről részletesen, személyemre vonatkozóan, közérthető szóhasználattal személyesen tájékoztattott:

dr.....

A tájékoztatást megértettem, további tájékoztatásra nem tartok igényt.

Dátum: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
a felvilágosítást végző  
aneszteziológus orvos aláírása

\_\_\_\_\_  
a kérdőívet kitöltő beteg,  
illetve törvényes képviselője  
vagy a nyilatkozattételre jogosult  
cselekvőképes személy aláírása