



**BUDAPESTI PÉTERFY SÁNDOR UTCAI
KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET**

✉: 1076 BUDAPEST, PÉTERFY SÁNDOR UTCA 8-20

☎: 06-1-461-4700

@: PETERFY@PETERFYKH.HU



Beleegyező nyilatkozat vérátömlesztéshez (Transzfúzió)

Alulírott(név).....(szül. idő) tanúsítom, hogy engem
dr.....felvilágosított az alábbiakról: ...

1. Tervezett beavatkozás: vérátömlesztés.

2. Az eljárás lényege: Más ember(ek)től levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált, előállított és tárolt vért vagy véralkotórészt juttatnak vénás úton a szervezetembe. Akkor történik pótlás, ha a szervezetben ez az alkotórész hiányzik, gyógyszerrel nem pótolható, a hiányzó alkotóelem(ek). (vörösvértest, · vérplazma, vérelemek) te rmelése nem elégséges, vagy fokozottan pusztul(nak), és más módon, mint idegen véralkotóelem bevitelével nem pótolható(k).

3. A beavatkozás következtében szakszerű kezelés mellett is előfordulhatnak szövődmények, pl.

- vérnyomás-emelkedés,
- túlérzékenységi reakció: hidegrázás, viszketés, láz
- veseműködési zavarok
- fertőzés a vénaszúrás helyén
- hepatitis (májgyulladás) fertőzés
- elvileg HIV fertőzés, illetve jelenleg még nem ismert kórokozójú egyéb fertőzés

4. A beavatkozás elmaradásával állapotomban rosszabbodás következhet be, mely akár halálhoz is vezethet.

Amennyiben a vérátömlesztést elutasítom, úgy a beavatkozás elmaradásából származó esetleges következményekért a felelősséget vállalom.

Kérdéseimre részletes, érthető, kielégítő választ kaptam, a tájékozott beleegyezéshez kellő idő állt rendelkezésemre.

Szóbeli felvilágosítás és a fentiek figyelembevételével a vérátömlesztésbe

Beleegyezem *

Nem egyezem bele*

Kelt: Budapest, 20.....

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

.....
az orvos aláírása

(rokonsági fok:)

Tanúk:

1. Név:

2. Név:

Cím:

Cím: