

מדבקה גדולה

טופס הסכמה: קבלת עירוי דם או מרכיביו

עירוי דם או חלק ממרכיביו כגון תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, אלבומין, אימונוגלובולינים וקריופריציפיטט ניתנים למטופל הזקוק לכך בעירוי לוריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב חסר דם או אחד ממרכיביו.

הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנוהלי משרד הבריאות. כמו כן נבדקת התאמת העירוי לגוף המטופל המקבל.

עם זאת קיים סיכון קטן ביותר לאי התאמה בין הדם ו/או מרכיביו וגוף המטופל וכתוצאה מכך עלולה להתרחש תגובה המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות מתרחשת תגובה המוליטית אשר עלולת להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת הדם ובדיקתו בבנק הדם מתבצעת בשיטות העדכניות ביותר לאיתור וירוסים קיים סיכוי קטן לכך שהדם ו/או מרכיביו יכילו וירוס העלול לחזור לגוף המטופל מבלי שיזוהה כזיהום במהלך תקופה של חודשים או שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) בדרך זו הוסיכוי להדיבק בנגיף הכשל החיסוני – קיימים אך נדירים.

עם זאת, הסיכון שלא לקבל דם ו/או מרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי עולה בהרבה על הסיכון בקבלת הדם ו/או מרכיביו.

שם המטופל	שם משפחה	שם פרטי	שם האב	תעודת זהות
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקבלתי הסבר מפורט בע"פ				
מד"ר / פרופ'				
	(שם משפחה)	(שם פרטי)	תאריך	
	שם הרופא	חתימה	מס' רשיון	

על הצורך בקבלת דם ו/או מרכיביו לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מההליכים אלו. הוסבר לי הצורך לדווח לצוות הרפואי אם מופיעים סימנים חריגים כלשהם תוך כדי מתן העירוי ומהם סימנים אלו. כמו כן ניתנה לי האפשרות לשאול שאלות על מתן הדם ו/או מרכיביו.

עירוי דם ו/או מרכיביו באשפוז ובמחלקה לרפואה דחופה; הנני מסכים/ה לקבלת עירוי דם ו/או מרכיביו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לקבלת עירוי דם ו/או מרכיביו עד תום האשפוז הנוכחי, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודעת/ת ומסכים/ה, כי קבלת עירוי הדם ו/או מרכיביו יעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של שירותי בריאות כללית ובכפוף לחוק.

עירוי דם ו/או מרכיביו במרפאה – שירות אמבולטורי*; הנני מסכים/ה לקבלת עירוי דם ו/או מרכיביו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לקבלת עירוי דם ו/או מרכיבים נוספים במשך _____ מתאריך החתימה הנוכחית, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודעת/ת ומסכים/ה כי קבלת עירוי הדם ו/או מרכיביו יעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות משרד הבריאות ובכפוף לחוק.

תאריך	חתימת המטופל
שם האפוטרופוס (קירבה)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של קטין, פסול דין)