

170

**ZGODA NA TRANSFUZJĘ KRWI  
(preparatów krwiopochodnych)**

Pieczęć oddziału

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL - - - - - data urodzenia .....

Oświadczam, że świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na transfuzję krwi (preparatów krwiopochodnych).

Zostałem/am poinformowany/na, o możliwości wystąpienia powikłań w postaci wzrostu temperatury ciała; odczynu alergicznego; zapalenia wątroby typu B, C; AIDS. Wiadomym mi jest, że pomimo stosowania aktualnych metod badania krwi, ryzyko powikłań, jakkolwiek mało prawdopodobne, nie może być całkowicie wyeliminowane.

Na moje pytania lekarz .....udzielił mi wyczerpujących odpowiedzi.

.....  
Data.....  
Czytelny podpis pacjenta lub ustawowego przedstawiciela

Byłem/am obecny/a podczas wyjaśniania wyżej podanej informacji osobie, której podpis widnieje powyżej.  
W moim przekonaniu osoba ta zrozumiała jej treść oraz udzielonych odpowiedzi na wszystkie zadane pytania

.....  
Data.....  
pieczęć i podpis lekarza oraz pielęgniarki (świadka)

**ODMOWA  
ZGODY NA TRANSFUZJĘ KRWI  
(preparatów krwiopochodnych)**

*Pieczętka oddziału*

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL - - - - - data urodzenia .....

Oświadczam, że świadomie i dobrowolnie nie wyrażam zgody na transfuzję krwi (preparatów krwiopochodnych) pomimo, że według informacji uzyskanych od lekarza stwarza to zagrożenie dla mojego zdrowia, a nawet utratę życia.

Na moje pytania lekarz .....udzielił mi wyczerpujących odpowiedzi.

.....  
*Data*

.....  
*Czytelny podpis pacjenta lub ustawowego przedstawiciela*

Byłem/am obecny/a podczas wyjaśniania wyżej podanej informacji osobie, której podpis widnieje powyżej. W moim przekonaniu osoba ta zrozumiała jej treść oraz udzielonych odpowiedzi na wszystkie zadane pytania

.....  
*Data*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza oraz pielęgniarki (świadka)*