

**Информированное добровольное согласие
на операцию переливания крови, ее компонентов и/или кровезаменителей**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ года рождения, проживающая по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я _____ паспорт: _____
выдан _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка
или _____ лица, _____ признанного
недееспособным: _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения

**даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:
переливание крови (ее компонентов) и/или кровезаменителей**

Медицинским работником _____
(Ф.И.О, должность медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены:

- **цели оказания медицинской помощи:** восполнение необходимого объема циркулирующей крови при ее потере; приведение составных клеточных элементов крови и химических веществ плазмы крови в нормальные показатели (*нужное подчеркнуть*).

Иное

(указать) _____

- методы оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что трансфузия компонентов крови и/или кровезаменителей (*нужное подчеркнуть*)

(указать название компонентов крови и/или кровезаменителей)

представляет собой восполнение необходимого объема циркулирующей крови при ее потере, а также приведение ее составных клеточных элементов и химических веществ в нормальные показатели путем переливания в крупные периферические и/или центральные сосуды крови и/или ее компонентов и/или кровезаменителей (*нужное подчеркнуть*).

Трансфузия компонентов крови и/или кровезаменителей показана при массивной кровопотере, возникшей за краткий промежуток времени; при интраоперационном и посттравматическом шоке; при длительно протекающем постепенном снижении показателей красной крови; при ожоговой болезни; при плановой операции с предполагаемым большим объемом кровопотери; при опухолевых заболеваниях костного мозга и сложных заболеваниях периферической крови, затрагивающих механизм ее свертывания.

Мне разъяснено, что трансфузия компонентов крови и/или кровезаменителей проводится в стационарных условиях и требует госпитализации пациента в медицинскую организацию на срок, определяемый лечащим врачом, консилиумом врачей или врачебной комиссией.

- **возможные варианты медицинских вмешательств:** Мне разъяснено, что проведение трансфузионной терапии возможно путем переливания ранее заготовленной

крови или ее компонентов от донора к реципиенту и методом обратной трансфузии. Мне сообщено, что компоненты донорской крови исследуют с помощью сертифицированных иммуноферментных тест-систем на антитела к вирусу гепатита С, антитела к вирусам иммунодефицита человека (ВИЧ-1, ВИЧ-2), антитела к возбудителю сифилиса, поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg), кроме того, определяют активность аланин-аминотрансферазы, концентрацию билирубина, группу крови по системам АВ0 и резус-фактор.

При обратной гемотрансфузии пациенту переливается его же кровь, которая вылилась в полости тела, без смешивания с другими биологическими жидкостями. Мне разъяснено, что в организм пациента компоненты крови могут вводиться внутривенно, внутриаартериально или методом внутрикостного вливания; кровезаменители вводятся внутривенно.

Мне разъяснено, что операция переливания крови, ее компонентов и/или кровезаменителей осуществляется следующим образом. Переливанию крови и/или ее компонентов предшествует обязательное повторное определение группы крови реципиента и донора, с последующим проведением реакции на индивидуальную совместимость взятых образцов крови. Если предварительные пробы не вызывают сомнения в совместимости крови, проводится биологическая проба: вливание вначале проводят дробно по 25-30 мл, с перерывами на 3 минуты для оценки общего состояния больного. При введении кровезаменителей проводится только биологическая проба.

Для переливания крови и/или ее компонентов используют пластиковую одноразовую систему с капроновым фильтром, который предотвращает попадание тромбов в кровяное русло реципиента. В состав системы для переливания крови и ее компонентов входит: короткая трубка с иглой и фильтром для поступления воздуха во флакон; длинная трубка для вливания крови с иглами на обоих концах - для введения во флакон и для пункции вены реципиента; капельница с капроновым фильтром и пластинчатым зажимом для регулирования скорости введения. Сама система находится в стерильном виде в полиэтиленовом мешке, из которого она извлекается непосредственно перед использованием. Скорость трансфузии крови и ее компонентов регулируют при помощи специального зажима, который сдавливает пластиковую трубку системы. Компоненты крови вводятся капельно со скоростью 50-60 капель/минуту. Во время трансфузии и введения кровезаменителей в обязательном порядке проводится контроль состояния реципиента, чтобы при первых признаках реакции на переливание или осложнения прекратить вливание донорской крови и начать лечебные мероприятия. Трансфузию прекращают когда в сосуде с донорской кровью остается 20 мл крови - игла извлекается из вены реципиента, на место пункции накладывается повязка. Оставшаяся в сосуде донорская кровь помещается в холодильник на 48 часов, на случай, если у пациента возникнут реакции или осложнения - тогда эта кровь будет использована для выяснения причин их возникновения.

Иное (указать) _____

Я поставлен(а) в известность, что при переливании донорской крови и её компонентов у меня могут развиваться реакции или осложнения, даже вопреки тщательному контролю при отборе доноров, лабораторному исследованию их крови и всем возможным мерам профилактики, предусмотренным действующими документами. Из иммунологических реакций и осложнений возможны: гемолитические, фебрильные негемолитические, анафилактические, аллоиммунные, тромбоцитарно-рефрактерные, иммуномодулирующие реакции, крапивница, острая лёгочная недостаточность, реакция «трансплантат против хозяина». Из неиммунологических реакций и осложнений возможны гемолитические, септические, циркуляторные, метаболические, эмболические осложнения, метаболическая перегрузка железом, а также инфекционные осложнения, в том числе перенос вирусов (гепатит, ВИЧ и др.). Я извещен (а), что в случае возникновения реакций и осложнений мне

будет оказана необходимая неотложная помощь; в данном случае я согласен (согласна) на проведение мне всех нужных лечебных мероприятий.

- **связанный с методами риск:** Мне разъяснено, что противопоказаниями к гемотрансфузии являются: активные формы туберкулеза с поражением целого ряда внутренних органов в стадии инфильтрации; септические поражения клапанов сердца; сердечная недостаточность крайней степени тяжести, развившаяся при заболеваниях миокарда и клапанного аппарата сердца; тяжелые аллергические заболевания (острая некротическая экзема кожи, отёк Квинке в анамнезе, бронхиальная астма и др.); выраженные тяжёлые нарушения в работе печени (имеющаяся печеночная недостаточность) и почек (острый гломерулонефрит, амилоидоз почек); нарушения мозгового кровообращения и тяжелые травмы головного мозга в острой стадии заболеваний; тромбоэмболическая болезнь. К высокой группе риска возникновения осложнений при гемотрансфузии относятся также: пациенты, имевшие некоторые патологические реакции и осложнения при переливании им крови ранее; женщины, имеющие в анамнезе выкидыши и мертворожденных детей; больные с наличием у них злокачественных опухолей в крайних клинических стадиях.

Иное (указать) _____

- **предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:** Мне разъяснено, что результатом гемотрансфузии является восполнение необходимого объёма циркулирующей крови при ее потере; приведение составных клеточных элементов крови и химических веществ в нормальные показатели. После гемотрансфузии реципиенту показан постельный режим в течение 3-4 часов; в течение суток пациент должен находиться под врачебным контролем.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства.

Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы.

Настоящим подтверждаю, что я прочитал(-а) данный документ и полностью понял(-а) его содержание. Я извещен(-а) о сути и о возможных рисках проведения переливания компонентов крови и/или кровезаменителей. Даю свое согласие на проведение переливания компонентов крови и/или кровезаменителей.

(Подпись)

Ф.И.О. пациента

(Подпись)

Медицинский работник

« _____ » _____ 20____ года

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательством (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о переливании крови, ее компонентов и/или кровезаменителей принимает консилиум в интересах пациента, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением заведующего структурным подразделением и главного врача, а в выходные/праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о переливании крови, ее компонентов и/или кровезаменителей в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением заведующего структурным подразделением и главного врача, а в выходные/праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

« _____ » _____ 20__ года

В случаях, когда пациент фактически соглашается на проведение операции по переливанию крови, ее компонентов и кровезаменителей, но отказывается оформить в письменном виде информированное добровольное согласие на проведение данной операции:

«Пациент, фактически соглашаясь с предложенным ему переливанием крови, ее компонентов и/или кровезаменителей отказывается подписывать соответствующее информированное добровольное согласие»

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

« _____ » _____ 20__ года