

חסוי רפואי

טופס הסכמה: קבלת עירוי דם או מרכיביו

עירוי דם או חלק ממרכיביו כגון תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, אלבומין, אימונוגלובולינים וקריופריציפטט ניתנים למטופל הזקוק לכך בעירוי לווריד, 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/ת וכתוצאה מכך עלולה להתרחש תגובה המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות מתרחשת תגובה המוליטית אשר עלולה 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 לחדור לגוף המטופל/ת מבלי שיזוהה כזיהום במהלך תקופה של חודשים או שנים. הסיכון להידבק בצהבת נגיפית (ויראלית) בדרך זו והסיכוי להידבק בנגיף הכשל החיסוני – קיימים אך נדירים.

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

שם המטופל/ת/האפוטרופוס

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.	חתימת המטופל
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר / פרופ'				
שם משפחה	שם פרטי	מספר רישיון		
תאריך	חתימה	שעה		

על הצורך בקבלת דם ו/או מרכיביו לרבות התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מתהליכים אלו. הוסבר לי על 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/מסכים/ה, כי קבלת עירוי הדם ו/או מרכיביו יעשה על ידי מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות בית החולים.

עירוי דם ו/או מרכיביו במרפאות – השירות האמבולטורי: 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/מסכים/ה כי קבלת עירוי הדם ו/או מרכיביו יעשה על ידי מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות משרד הבריאות ובכפוף לחוק.