

Instytut
„Centrum Zdrowia Matki Polki”
w Łodzi

Łódź, dn.

ŚWIADOMA I SWOBODNA ZGODA CHOREGO NA PRZETOCZENIE KRWI I/LUB JEJ SKŁADNIKÓW

Wyrażam świadomą i swobodną zgodę na przetoczenie krwi (i/lub jej składników):

u mnie

- imię i nazwisko PESEL.....

u mojego dziecka

- imię i nazwisko PESEL.....

Uprzednio uzyskałem od lekarza zrozumiałe informacje na temat celu leczenia krwią i jej składnikami, stopnia jego ryzyka, przewidywanych korzyści oraz istniejących alternatywnych metod zastępczych. W trakcie rozmowy z lekarzem miałem możliwość zadawania pytań oraz uzyskiwałem na nie odpowiedź.

Rozumiem, że podjęta przez lekarza metoda leczenia jest niezbędna dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty Życia lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Przetoczenie w tym przypadku stanowi jedyną skuteczną metodę, a leczenie bez krwi(i/lub jej składników) nie wystarczy i nie da pożądanego rezultatu.

Wyrażam zgodę.

Imię i nazwisko pacjenta

Imię i nazwisko opiekuna prawnego

Data wyrażenia zgody na przetoczenie

