Інститут

«Центр здоров’я матері-польки» в Лодзі

Лодзь, на дату

СВІДОМА ТА ВІЛЬНА ЗГОДА ХВОРОГО НА ПЕРЕЛИВАННЯ

КРОВІ ТА/АБО ЇЇ КОМПОНЕНТІВ

Я даю інформовану та вільну згоду на переливання моєї крові (та/або її компонентів)

 Ім’я і прізвище / PESEL

у моєї дитини

Ім’я і прізвище / PESEL

До цього я отримав від лікаря зрозумілу інформацію про мету лікування кров’ю та її компонентами, ступінь ризику, очікувану користь та існуючі альтернативні методи заміщення. Під час бесіди з лікарем я мав можливість поставити запитання та отримати на них відповіді.

Я розумію, що метод лікування, проведений лікарем, необхідний для усунення небезпеки втрати життя або серйозного погіршення здоров’я. Переливання в даному випадку є єдиним ефективним методом, а лікування без крові (і / або її компонентів) буде недостатньо і не дасть бажаного результату.

Я надаю згоду

Ім'я та прізвище пацієнта

Ім'я та прізвище законного опікуна

Дата надання згоди на переливання