

	<b>ZAŁĄCZNIK NR 1– INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA PRZED PRZETOCZENIEM KRWI W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH</b>	<b>NR – 5/1-2010</b>
	<b>ZGODA NA LECZENIE Z KRWIĄ</b>	
	<b>Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA</b>	<b>DATA 2.01.2018</b>

Pieczętka Komórki Organizacyjnej  
Szpitala Rejonowego w Raciborzu

Nr Ks. Oddz.:

Imię i nazwisko pacjenta: .....data urodzenia.....

Zamieszkały:.....

**Wyrażam zgodę na leczenie krwią i składnikami krwiopochodnymi.**

Zostałem/am poinformowany/a o wskazaniach do leczenia krwią i jej składnikami.

Zostałem poinformowany o możliwości wystąpienia powikłań poprzetoczeniowych.

.....  
Data ( rok mc. dd.)

.....  
czytelny podpis Pacjenta

Podpis opiekuna prawnego ( w przypadku Pacjentów niepełnoletnich, ubezwłasnowolnionych)\*

.....

.....  
Data ( rok mc. dd.) czytelny podpis Opiekuna Prawnego

Potwierdzam, że Pacjent został poinformowany o planowanym podaniu krwi, jej składników i preparatów krwiopochodnych.

.....

.....  
Data ( rok mc. dd.) Lekarz oddziału pieczętka i podpis

**Nie wyrażam zgody na leczenie krwią i składnikami krwiopochodnymi.**

Zostałem /łam poinformowany/a o możliwych konsekwencjach swojej decyzji.

.....  
Data ( rok mc. dd.)

.....  
czytelny podpis Pacjenta

Podpis opiekuna prawnego ( w przypadku Pacjentów niepełnoletnich, ubezwłasnowolnionych)\*

.....

.....  
Data ( rok mc. dd.) czytelny podpis Opiekuna Prawnego

\* W przypadku pacjentów niepełnoletnich bezwzględnie wymagana jest zgoda jego Rodzica lub Opiekuna Prawnego, w przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego bezwzględnie wymagana jest zgoda Opiekuna prawnego