



**SBO-11.**

***SBO-betegtájékoztató/nyilatkozat***  
**VÉRTRANSZFÚZIÓ**  
**beavatkozás BETEGTÁJÉKOZTATÓja és a**  
**Beteg nyilatkozata**

|                         |                  |  |
|-------------------------|------------------|--|
| <b>Név:</b>             | <b>TAJ:</b>      |  |
| <b>Születési dátum:</b> | <b>Betegség:</b> |  |
| <b>Lakcím:</b>          |                  |  |

**Tájékoztatót adó orvos neve:** .....

**Tisztelt Páciens!**

**Tisztelt Hozzáértő/ Törvényes képviselő!**

A beavatkozáshoz, amelyet tervezünk, az Ön/hozzátartozója beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a tervezett beavatkozás módjáról, következményeiről, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés során esetlegesen jelentkező szövődményekről.

**1. A tervezett beavatkozás**

**rövid leírása:**

A vértranszfúzió során más emberektől levett, szűrt és laboratóriumiilag ellenőrzött vért vagy vérkészítményeket (pl. vörösvértest koncentrátum, plazma, trombocita) juttatunk a beteg vénás keringésébe. A beavatkozás rendszerint vénakanülön keresztül, infúziós pumpával vagy gravitációs módszerrel történik. A transzfúzió során a beteg állapotát szoros megfigyelés alatt tartjuk, mellékhatások esetén azonnali beavatkozás lehetséges.

**indikációja (javallata):**

- Akut vagy krónikus vérveszteség (pl. trauma, műtét, tápcsatornai vérzés)
- Vérszegénység (pl. daganatos betegeknél, veseelégtelenség esetén)
- Alvadási zavarok (pl. májbetegség, disszeminált intravaszkuláris koaguláció – DIC)
- Trombocitopénia (alacsony vérlemezke szám)

**kontraindikációk:**

- Dokumentált allergia vérkészítményekre
- Súlyos, nem kezelhető szív-érrendszeri túltelítődés (relatív kontraindikáció)
- A beteg vagy törvényes képviselője megtagadja a beavatkozást (pl. vallási okból)

**2. A tervezett beavatkozás és gyógymód célja:**

A beavatkozás célja az alacsony hemoglobinszint, vérveszteség, véralvadási zavar vagy alacsony vérlemezke szám pótlása, a szöveti oxigenizáció és véralvadás javítása. Súlyos vérszegénység, masszív vérzés vagy bizonyos betegségek esetén életmentő lehet.



**3. A tervezett beavatkozás során vagy azt követően előforduló lehetséges (nem feltétlenül kialakuló) szövődmények:**

- Allergiás reakció (viszketés, kiütés, láz)
- Hemolitikus transzfúziós reakció (vércsoport-összeférhetetlenség miatt)
- Légzési nehézség (TRALI – transzfúzióhoz társuló tüdőkárosodás)
- Túlterhelés (TACO – transzfúzió okozta keringési túlterhelés)
- Ritkán fertőzés átvitele (pl. hepatitis B/C, HIV – valószínűsége rendkívül alacsony)
- Láz, hidegrázás, fejfájás, hányinger

**4. Alternatívák ismertetése:**

- Vaspótlás (orális vagy intravénás)
- Eritropoetinterápia
- Plazmapótló oldatok (korlátozott hatékonysággal)
- Sebészi vérzéscsillapítás vagy vérmentő technikák

**5. A tervezett beavatkozás elhagyásának várható következménye:**

A vérkészítmények pótlásának hiányában a beteg állapota tovább romolhat: oxigénhiány, szervi elégtelenség, vérzéses szövődmények, eszméletvesztés, súlyos esetben halál is bekövetkezhet.

**6. A siker valószínűsége és a siker jelentésének értelmezése:**

A vértranszfúzió sikeressége általában magas, amennyiben a vércsoportok megfelelnek és a beavatkozás szabályszerűen zajlik. A hemoglobinszint emelkedése 24 óráján belül várható. A véralvadási paraméterek és a vérlemezke szám javulása szintén gyorsan bekövetkezhet. A beteg állapotát és a transzfúzió hatásosságát rendszeresen ellenőrizzük.

**7. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, gyógyulás időtartalma:**

A transzfúzió ideje alatt és azt követően 1–2 óráig a beteg szoros megfigyelés alatt van. A vércsere hatásosságát kontroll vérvizsgálat igazolja. A beavatkozás helyén (kanülbeszúrás) esetleges kisebb véraláfutás vagy fájdalom előfordulhat, ami néhány napon belül múlik. A transzfúzió önmagában nem igényel különleges rehabilitációt, az alapbetegség kezelése folytatódik.

**8. A beteg/hozzá tartozó által feltett egyéb kérdések és azokra adott válaszok:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....



### **BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT – Vértranszfúzió**

Elismerem, hogy részletes, egyéniesített szóbeli tájékoztatást/felvilágosítást kaptam: egészségi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a további ellátásokról, a javasolt életmódról. A felvilágosítás teljességgel kielégítő volt, kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam.

A megajánlott beavatkozás: **VÉRTRANSZFÚZIÓ**

A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszerből mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A beavatkozás olyan, orvosi indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom. Egyetértek az orvosi indokolt változtatásokkal, az érzéstelenítés módosításával, illetve kiterjesztésével, és az esetlegesen szükségessé váló vérátömlesztéssel.

**A tájékoztatást/felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.**

A tájékoztatás/felvilágosítás dátuma: .....

A beavatkozás tervezett dátuma: .....

---

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása      A tájékoztatást adó orvos aláírása és pecsétje  
Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

---

### **ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT**

A kezelőorvos részletes tájékoztatása/felvilágosítása — mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozás elvégzését elutasítom.

---

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása      A kezelőorvos aláírása, pecsétje  
Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc