FAKULTNÍ NEMOCNICE
500 05 HRADEC KRÁLOVÉ
I. INTERNÍ KARDIOANGIOLOGICKÁ KLINIKA
1123 - lůžkové oddělení C
tel.: 49583 3243, 2769

Příloha č. 1

Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

PÍSEMNÝ SOUHLAS PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S TRANSFUZÍ

PACIENT/KA ...., r.č. .....,
jméno příjmení

....., ...
pojišťovna název a identifikace kliniky / oddělení

Je možno nalepit štítek.

Zákonný zástupce (u osob nezletilých, zbavených nebo s omezenou způsobilostí k právním úkonům)

.... r.č. ....., ...
jméno příjmení vztah k pacientovi

Prohlašuji, že:

1. jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o provedení transfuze krve (podání transfuzních přípravků) a informacím uvedeným na straně 2 tohoto písemného souhlasu jsem porozuměl/a,
2. lékař/ka, který/á mi poskytl/a informace a poučení, mi osobně vysvětlil/a vše, co je obsahem tohoto písemného souhlasu,
3. jsem měl/a možnost klást lékaři doplňující otázky a na otázky mi bylo řádně odpovězeno,
4. jsem plně porozuměl/a výše uvedeným informacím a souhlasím s transfuzí - s podáním transfuzních přípravků (označte ☒):
   - ☐ červených krvinek
   - ☐ krevních destiček
   - ☐ plazmy
   - ☐ bílých krvinek
   - ☐ autotransfuze
5. jsem srozuměn/a s tím, že transfuze krve (podání transfuzních přípravků) nemusí být provedena lékařem, který mě dosud ošetřoval,
6. **souhlasím s** (označte ☒):
   - ☐ podáním (transfuzí) 1 jednotky transfuzního přípravku,
   - ☐ opakovaným podáváním transfuzních přípravků během mé hospitalizace,
   - ☐ opakovaným podáváním transfuzních přípravků během ambulantní léčby mého onemocnění,
   - ☐ jiné (uveďte). .....

Datum: Čas:	Podpis pacienta/zák. zástupce:	Identifikace a podpis lékaře: .....

Dodatek: pokud se nemůže pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat, ale je schopen jiným způsobem vyjádřit svou vůli, opatří se záznam podpisem dalšího zdravotnického pracovníka a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli:

.....
.....
.....
.....