



INFORMĒTĀ PIEKRIŠANA ASINS KOMPONENTU PĀRLIEŠANAI

Pacients _____
(vārds, uzvārds) (personas kods)

(pacienta mātes/tēva, aizbildņa vai cita likumiskā pārstāvja (norādīt) vārds, uzvārds) (personas kods)

Apliecinu, ka esmu saņēmusi(-is) skaidrojumus no ārsta:

(ārsta vārds, uzvārds, paraksts)

Man ir izskaidrota, un es izprotu asins komponentu (eritrocītu masas, trombocītu masas, svaigi saldētas plazmas, krioprecipitāta):

- pārliešanas nepieciešamību, būtību, paredzamos **ieguvumus**;
- iespējamos **riskus** un blaknes;
- **alternatīvas** asins komponentu pārliešanai;
- riskus, kā arī iespējamās **sekas, ja** asins komponentu **pārliešanu neveic**.

Asins komponentus (eritrocītu masu, svaigi saldētu plazmu, krioprecipitātu, trombocītu masu) sagatavo no donora asinīm saskaņā ar Latvijas normatīvajiem aktiem, Eiropas Parlamenta un Eiropas Padomes Direktīvu prasībām un Eiropas Padomes pamatnostādņēm un rekomendācijām. To veic tikai tādās asins sagatavošanas iestādēs, kuru atbilstība prasībām ir novērtēta, nodrošinot asins donoru kvalitatīvu atlasi, laboratorisko izmeklēšanu un sagatavoto asins komponentu kvalitātes kontroli.

Eritrocītu masa ir asins komponents, kas satur eritrocītus un to pielieto akūta asins zuduma un cita veida mazasinības ārstēšanai. **Svaigi saldēta plazma** ir asins komponents, kas satur lielu bioloģiski aktīvo vielu daudzumu, kā arī asins recēšanas faktorus, to pielieto asins recēšanas traucējumu ārstēšanai. **Trombocītu masa** ir asins komponents, kas satur trombocītus, un to pielieto, ārstējot asiņošanu, kas saistīta ar trombocītu funkcijas traucējumiem vai trombocītu zudumu.

Krioprecipitāts ir asins komponents, kas satur specifiskus asins recēšanas faktorus, un to pielieto ar šo faktoru trūkumu saistītas asiņošanas ārstēšanai.

Esmu informēts (-a), ka **asins komponenta pārliešana**, ir no donora iegūta asins komponenta ievadīšana pacienta organismā.

Katra asins komponenta deva tiek pārbaudīta uz B un C vīrushepatītiem, HIV I/II, sifilisu un tiek veikta arī imūnhematoloģiskā izmeklēšana – asins grupas, rēzus faktora (Rh(D)) piederības un antivielu noteikšana. Asins komponentus transportē un uzglabā kontrolējamās apstākļos, kuros ir nodrošināts nepārtraukts temperatūras monitorings.

Pirms asins komponentu pārliešanas pacientam obligāti nosaka asins grupu, rēzus piederību un antivielas.

Ja pacientam pēc veiktas imūnhematoloģiskās izmeklēšanas bijusi izsniegta sensibilizētas personas pase, par to noteikti jāinformē ārsts, jo asins komponentu pārliešanas gadījumā varētu būt nepieciešama saderīgu asiņu piemeklēšana specializētā laboratorijā Valsts asinsdonoru centrā. Pacientam jāinformē ārsts par agrāk bijušām asins pārliešanām, orgānu transplantāciju, sarežģījumiem asins komponentu pārliešanas vai grūtniecības laikā.

Pirms eritrocītu masas pārliešanas vienmēr veic individuālu donora un pacienta asins saderības izmeklēšanu, ar kuras palīdzību noskaidro, vai konkrētā donora asinis ir saderīgas ar pacienta asinīm. Pirms asins komponenta pārliešanas procedūras pacientam vēl reizi pārbauda asins grupu, ko salīdzina ar asins grupu uz asins komponenta etiķetes, kā arī personāls kontrolē pacienta identifikācijas datus.

Uzsākot asins komponenta pārliešanu, ārstniecības persona novēro pacientu, sekojot viņa pašsajūtai, asinsspiedienam, pulsam u.c. parametriem. Ja pacientam vērojamas kaut mazākās izmaiņas pašsajūtā, par to nekavējoties ir jāziņo medicīnas darbiniekam.

Asins komponenta pārliešanas riski.

Neraugoties uz visiem drošības pasākumiem, uz katras asins komponenta devas un pacienta rūpīgu izmeklēšanu, saglabājas risks asins komponenta nesaderībai ar pacientu un līdz ar to blaknei - nevēlamai pacienta reakcijai. Asins komponentu pārliešanas gadījumā iespējami dažādi sarežģījumi asins bioloģiskas nesaderības dēļ (piem., drudzis, drebuļi, izsitumi, nātrene), citu iemeslu dēļ (piem., asinsrites pārslodze), kā arī ļoti retos gadījumos infekcijas slimību pārnesšana (piem., vīrushepatīts B un C, HIV). Ar asins komponentiem asociējamās reakcijas tiek sekmīgi ārstētas, tomēr ļoti retos gadījumos tās var būt ļoti nopietnas un īpaši reti arī fatālas. Es apzinos, ka nereti rodas alerģiskas reakcijas ar nātreni, niezi, drudzi, bet tās var tikt novērstas, ārstētas, un parasti to dēļ nav jāpārtrauc asins komponentu pārliešana. Es apzinos, ka, pat izmeklējot asins komponentus ar mūsdienās pieejamajām metodēm, saglabājas minimāla iespējamība, ka asins komponents varētu saturēt hepatītu un cilvēka imūndeficīta (HIV) vīrusus, kas, iekļūstot pacienta organismā, var palikt latentā stāvoklī - neizpausties kā infekcija vairāku gadu garumā.

Asins komponentu pārliešanas nepieciešamību ārsts izvērtē individuāli katram pacientam. Dzīvībai bīstamu situāciju gadījumos asins komponentu pārliešana ir vienīgā ārstēšanas iespēja.

Gadījumā, ja pacients dažādu apsvērumu dēļ atsakās no asins komponentu pārliešanas, tās vietā izskata iespēju izmantot citu šķīdumu pārliešanu un medikamentus asinsrades stimulācijai, taču reizēm šāda ārstēšanas taktika var apdraudēt pacienta dzīvību.

Atsevišķos gadījumos ārstniecības iestādēs operācijas laikā iespējama paša pacienta asins sagatavošana un pārliešana.

Asins komponentu pārliešanai ir dzīvības cena. Ziniet, ka ārsts vienmēr izvērtēs iespējamo riska pakāpi un, ja vien iespējams, izvairīsies no asins komponentu pārliešanas.

Apliecinu, ka informāciju par asins komponentu pārlišanu izlasīju un sapratu, un man bija iespējas uzdot jautājumus saistībā ar asins komponentu pārlišanu, tai skaitā iespējamajām alternatīvām un to ieguvumiem, riskiem un sekām, ja asins komponentu pārlišanu neveic. Esmu informēta(-s), ka man ir tiesības jebkurā brīdī atteikties no dotās piekrišanas. Ar savu parakstu apliecinu, ka **asins komponentu pārlišanai PIEKRĪTU**.

Likumiskais pārstāvis _____
(paraksts, paraksta atšifrējums)

Pacients (no 14 gadu vecuma) _____
(paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums (dd.mm.gggg.): _____.20____. un laiks _____.

Piekrišana asins komponentu pārlišanai derīga:

- *pacienta uzturēšanās laikā slimnīcā - manis dotā piekrišana attiecas arī uz papildu asins komponentu pārlišanām, kas varētu rasties konkrētās ārstēšanas epizodes laikā, un beidzas, pacientam izrakstoties no stacionāra;*
- *onkoloģiskiem pacientiem - ārstēšanas kursa laikā (ārstēšanas kursu definē kā kopējo terapijas kursu no sākuma līdz beigām).*

PACIENTS/ Pacienta likumiskais pārstāvis aizpilda ATTEIKUMA GADĪJUMĀ:

Apliecinu, ka saņēmu no ārsta skaidrojumus par slimības būtību, diagnostikas un ārstēšanas iespējām, to iespējamajiem sarežģījumiem, asins komponentu pārlišanas nepieciešamību, kā arī iespējamajām sekām, ja asins komponenti netiek pārlieti.

Pēc ārsta sniegtās informācijas un skaidrojuma es tomēr **NEPIEKRĪTU asins komponentu pārlišanai**. Es pilnībā apzinos risku dzīvībai un veselībai un uzņemos pilnu tiesisku atbildību par manas rīcības sekām. Es apzinos, ka gadījumā, ja pacienta dzīvība nav apdraudēta, ārsts sakarā ar šo atteikumu ir tiesīgs atteikties no turpmākās pacienta ārstēšanas.

Esmu informēts, ka atļauju pacienta ārstniecībai Pacientu tiesību likumā noteiktajā kārtībā var dot pacienta likumiskais pārstāvis, bāriņtiesa vai, ja nepieciešams nekavējoties uzsākt ārstēšanu, ārstu konsīlijs. Esmu informēts, ka saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 7. panta devīto daļu* ārstējošam ārstam neatliekamās situācijās ir tiesības bez manas piekrišanas veikt asins komponentu pārlišanu.

* Pacientu tiesību likuma 7. panta devītā daļa: *Ķirurģiskās vai cita veida invazīvās iejaukšanās laikā ārstējošajam ārstam bez pacienta piekrišanas ir tiesības veikt iepriekš neplānotu ārstēšanu, ja pacientam sniedzama neatliekamā medicīniskā palīdzība vai ja neveiktās ārstēšanas dēļ radīsies nesalīdzināmi lielāks kaitējums viņa veselībai.*

Mana atteikuma iemesls ir _____

Likumiskais pārstāvis _____
(paraksts, paraksta atšifrējums)

Pacients (no 14 gadu vecuma) _____
(paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums (dd.mm.gggg.): _____.20____. un laiks _____.

Ja pacienta likumiskais pārstāvis vai pilngadīgs pacients atsakās parakstīt atteikumu:

Apstiprinām, ka pacients/pacienta likumiskais pārstāvis augstāk minēto informāciju un paskaidrojumus tās sakarā saņēma un izprata, tomēr nepiekrīta asins komponentu pārlišanai un atteicās rakstiski apliecināt atteikšanos no tās.

Ārsts _____
(amats, paraksts, paraksta atšifrējums)

Liecinieks _____
(amats, vārds, uzvārds, paraksts)

Liecinieks _____
(amats, vārds, uzvārds, paraksts)

Datums (dd.mm.gggg.): _____.20____. un laiks _____.