

OŚWIADCZENIE DO ZABIEGU AUTOTRANSFUZJI

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

- Ja niżej podpisana zostałam poinformowana o możliwych powikłaniach związanych z pobraniem i przetoczeniem krwi autologicznej
- Ja niżej podpisana zostałam poinformowana o możliwych powikłaniach związanych z pobraniem krwi pełnej do autotransfuzji do sztucznych łez

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu oraz na badania (włączając badania wirusologiczne), które będą wykonywane przy okazji autotransfuzji.

Ja niżej popisana zostałam poinformowana o tym, że jednostki krwi i osocza nie zużyte do celu autotransfuzji zostaną zniszczone

.....
(Data)

.....
(Czytelny podpis pacjentki)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

