

## Świadoma zgoda na zabieg upustu krwi

Data.....

Imię i nazwisko pacjenta .....

### Informacja dla pacjenta

**Upust krwi** jest zabiegiem leczniczym, który wykonuje się u pacjentów z zwiększoną liczbą erytrocytów i podwyższonym hematokrytem znacząco ponad normę. Wskazania do wykonania zabiegu każdorazowo ustala lekarz prowadzący lub w lekarz dyżurny i ustala ilość upuszczanej krwi,

Zabieg polega na wykonaniu wkłucia wenflonu do żyły obwodowej i upuszczeniu ustalonej przez lekarza stosownej objętości krwi. Po upuszczeniu podłączana jest uzupełniająca kroplówka z płynem fizjologicznym lub płynem HES. Po wykonaniu zabiegu, po zbadaniu przez lekarza pacjent może opuścić oddział.

Niniejszym wyrażam pełną i świadomą zgodę na wykonanie  
zabiegu upustu krwi

.....  
data , pieczęć i podpis lekarza

.....  
data , podpis pacjenta