**SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA BUZAU**

**CONSIMȚĂMÂNTUL PACIENTULUI IN VEDEREA TRANSFUZIEI**

Subsemnatul ……………………………………………………………, pacient internat în sectia.........................din data de …./…./20…........ am luat cunoștință de necesitatea de a primi un produs labil de sânge , de avantajele si riscurile legate de administrarea oricărui produs biologic, alternative posibile in caz de declinare a transfuziei din motive religioase sau alte ratiuni dar având în vedere diagnosticul , necesitatea vitală si beneficiile acestei administrări, sunt de acord cu efectuarea probelor transfuzionale și a transfuziei.

Semnătura pacient ………………………….. Data ..............................................

**CONSIMȚĂMÂNTUL APARTINATORULUI /REPREZENTANTULUI LEGAL ( in situatiile in care pacientul este in coma, lipsit de discernamant sau in cazul minorilor)**

Subsemnatul ……………………………………………………………, CNP............................................., in calitate de ................................................ al pacientului .......................................................................,internat în sectia.........................din data de …./…./20…........ am luat cunoștință de necesitatea ca acesta sa primeasca un produs labil de sânge , de avantajele si riscurile legate de administrarea oricărui produs biologic, alternativele posibile in caz de declinare a transfuziei din motive religioase sau alte ratiuni, dar având în vedere diagnosticul , necesitatea vitală si beneficiile acestei administrări, sunt de acord cu efectuarea probelor transfuzionale și a transfuziei.

Semnătura reprezentant/ apartinator………………………….. Data ........................

**FIȘA PACIENTULUI TRANSFUZAT**

**Nume…………………….. Prenume……………………………… CNP…………………………………..**

**Secția .......................................................... Data internarii ..................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Transfuzie efectuată de:……………………………….Medicul care supervizează………………………………….Semnătura………………………….. | Data/ ora de inceput a transfuziei*Data……………………/ ora………*Data/ ora de terminare a transfuziei*Data……………………/ ora………* | Reacții adverse imediate, în timpul transfuziei:……..………………………………………..………………………………………………Reacții adverse tardive post-transfuzionale…………………………………………… |

**MONITORIZAREA TRANSFUZIEI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | TA sistolica/ diastlica | AV | Temperatura | Frecventa respiratorie | Frison | Diureza  | Culoare urina | Tegumente/ sclere | Durere  | Anxietate  | Reactii adverse |
| Pretransfuzie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | da nu |
| 5 min |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | da nu |
| 15 min |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | da nu |
| 1 ora |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | da nu |
| 2 ore |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | da nu |
| 3 ore |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | da nu |
| 4 ore |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | da nu |
| Post transfuzie \* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | da nu |
| Post transfuzie \*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | da nu |
| Post transfuzie \*\* \* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | da nu |

Notă – \*Semnele vitale post transfuzie sunt verificate timp de o oră după terminarea transfuziei

 \*\* Semnele vitale post transfuzie sunt verificate după 2 ore după terminarea transfuziei

 \*\*\* Semnele vitale post transfuzie sunt verificate după 24 ore după terminarea transfuziei