

## Dożylnie podawanie preparatów żelaza

### Wskazania do podawania żelaza dożylnego:

1. Niedokrwistość z niedoboru żelaza
2. Nietolerancja lub niewystarczająca odpowiedź na leczenie doustnymi preparatami żelaza,
3. Ciężkie objawy uboczne podczas leczenia doustnymi preparatami żelaza - około 30% (np. powstanie wrzodu żołądka lub dwunastnicy),
4. Zespół złego wchłaniania,
5. Równoczesna terapia czynnikami stymulującymi erytropoezę,
6. Ciężka niedokrwistość ( Hb poniżej 6 g%) i przeciwwskazania do przetoczenia krwi,
7. U kobiet w ciąży, gdy stężenie HB poniżej 9 g% szczególnie w trzecim trymestrze przy nieskuteczności stosowanych preparatów doustnych,
8. Gdy istnieje kliniczna potrzeba szybkiego dostarczenia żelaza.
9. Preferencje i decyzja pacjenta.

Dawkowanie, harmonogram dawkowania produktu żelaza dożylnego ustala się indywidualnie dla każdego Pacjenta. Należną dawkę żelaza wylicza się w oparciu o : wagę ciała, wartości Hb docelowa i rzeczywistą , dotychczasowy przebieg leczenia, choroby współistniejące. Produkt leczniczy żelaza dożylnego można podawać wyłącznie pod nadzorem przeszkolonego w zakresie oceny i leczenia reakcji anafilaktycznych personelu medycznego, w miejscu w pełni wyposażonym w sprzęt do resuscytacji. Pacjenta należy obserwować w celu wykrycia działań niepożądanych przez co najmniej 30 minut po każdym podaniu produktu leczniczego.

### Przeciwwskazania do dożylnego podawania preparatów żelaza:

1. Niedokrwistość nie spowodowana niedoborem żelaza,
2. Przeciężenie żelazem lub zaburzenia w wykorzystaniu żelaza (np. hemochromatoza, hemosyderoza),
3. Niewyrównana marskość wątroby oraz zapalenie wątroby,
4. Rozpoznana poważna nadwrażliwość na inne podawane pozajelitowo preparaty żelaza,
5. Nadwrażliwość na substancję czynną, na produkt leczniczy żelaza lub na którąkolwiek substancję pomocniczą (wodorotlenek sodu, kwas solny, )

### Sposób podania:

Ustalona wcześniej dawkę żelaza podaje się przez powolny dożylny wlew kroplowy. Każdorazowo pierwsze 25 mg żelaza należy wlewać w ciągu 15 minut. Jeśli nie występują żadne reakcje niepożądane w tym czasie, to należy podawać pozostałą ilość roztworu z prędkością nie większą niż 100ml w 30 min.

### Działania niepożądane:

Mogą wystąpić ostre ciężkie reakcje rzekomoanafilaktyczne, chociaż niezbyt często. Reakcje takie pojawiają się zazwyczaj w ciągu pierwszych kilku minut po podaniu leku i na ogół charakteryzują się nagłym napadem trudności w oddychaniu i(lub) wystąpieniem zapaści sercowo – naczyniowej. Inne, nie tak ciężkie objawy natychmiastowej nadwrażliwości również nie występują często i należą do nich : pokrzywka, wysypka, swędzenie, nudności oraz dreszcze. W razie pojawienia się oznak reakcji rzekomoanafilaktycznej należy natychmiast zaprzestać podawania leku.

Mogą również wystąpić reakcje opóźnione przy podawaniu dożylnym żelaza. Charakteryzują się takimi objawami jak : bóle stawów, bóle mięśniowe i niekiedy gorączka. Objawy mogą pojawić się w czasie od paru godzin do czterech dni od momentu podania leku. Objawy trwają zazwyczaj od 2 do 4 dni i ustępują samoistnie lub znikają po podaniu prostych leków przeciwbólowych. Ponadto może wystąpić zaostrzenie bólów stawowych przy reumatoidalnym zapaleniu stawów oraz reakcje miejscowe, które powodują ból i zapalenie w miejscu iniekcji lub w jego pobliżu a także mogą wywołać miejscowe zapalenie żyły.

**Świadoma zgoda pacjenta na dożylną podanie żelaza:**

Oświadczam, że zostałem/am w sposób wyczerpujący poinformowany/a przez lekarza o celu, charakterze, możliwych następstwach (w tym powikłaniach) proponowanego zabiegu i jego zaniechania, rokowaniu, a także o alternatywnych metodach leczenia/ diagnostyki. Oświadczam, że miałem/am wystarczającą ilość czasu, żeby osobiście zapoznać się z informacjami zawartymi w niniejszym dokumencie, a także żeby zadać pytania dotyczące zabiegu, oraz innych okoliczności mogących wystąpić przed, w trakcie i po zabiegu. Lekarz udzielił mi wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący i nie mam dodatkowych pytań.

Niniejszym wyrażam zgodę na dożylną podanie żelaza.

.....  
imię i nazwisko pacjenta (czytelnie)

.....  
podpis pacjenta

.....  
data

.....  
pieczętka i podpis lekarza

.....  
data

**Zgoda Na Przetwarzanie Danych Osobowych Pacjenta**

Stosownie do przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) z dnia 2016-04-27 (Dz.Urz.UE.L 2016 Nr 119, str. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ninę Werekę prowadzącą działalność gospodarczą pod nazwą COMPLEMED Nina Werecka z siedzibą w Szczecinie (Administrator Danych Osobowych), w celach związanych z udzieleniem mi świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że wyrażenie przeze mnie powyższej zgody jest dobrowolne oraz, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną przedstawioną mi przez Administratora Danych Osobowych zgodnie z art. 13 RODO.

.....  
(czytelny podpis)