

Flebotomia (krwiopusty)

Wskazania do flebotomii:

1. Czerwienica prawdziwa,
2. Hemochromatoza,
3. Porfiria.

Przeciwwskazania w zasadzie nie istnieją, poza ciężkim stanem pacjenta i brakiem wskazań.

Krwiopusty wykonuje się codziennie lub co drugi dzień w ilości 200-500ml każdorazowo. U osób starszych z chorobami układu krążenia krwiopusty wykonuje się rzadziej i w mniejszej ilości. Ilość krwiopustów i ich wielkość ocenia lekarz na podstawie stanu ogólnego Pacjenta badań laboratoryjnych i choroby podstawowej. Większość Pacjentów toleruje upusty 500ml krwi, wykonywanych raz w tygodniu. Każdy upust tej objętości krwi usuwa z organizmu około 250 mg żelaza. Każdy upust powinien być poprzedzony badaniem morfologii krwi.

Przebieg zabiegu:

Krwiopust polega na powolnym upuszczaniu krwi z jednoczasowym podaniem dożylnym płynów wyrównawczych w ilości 500 ml (Dextran, PWE, 0,9 % NaCl).

Działania uboczne:

- zmęczenie, spadek ciśnienia tętniczego,
- niedokrwistość,
- infekcje.

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 zaniechaniu, 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 wykonanie zabiegu krwiopustu.

.....
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 Wrecka 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)

