

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ПРЕЛИВАНЕ НА КРЪВ И КРЪВНИ СЪСТАВКИ**

Преди да попълните декларацията, внимателно я прочетете. Подпишете я само след като се убедите напълно, че разбирате всичко, написано по-долу. Вие имате право да получите от лекуващия лекар всякаква информация за процедурата на преливане на кръв и кръвни съставки, обстоятелства, които я налагат, целта на преливането и очаквания резултат, възможните нежелани реакции, усложнения и потенциални рискове, свързани с преливането, алтернативните методи на лечение и рисковете от тях, прогнозите, в случай че не ви се извърши кръвопреливане. Тази информация ви е необходима относно последствията от съгласието ви.

Долуподписаният : .....ЕГН .....

**С настоящата декларирам, че на достъпен за мен език ми бе предоставена достатъчно информация относно процедурата по преливане на кръв и кръвни съставки ("кръвопреливане"), както и**

1. информация за причините, които налагат преливане на кръв и кръвни съставки.
2. Разяснена ми е целта на преливането и очаквания резултат.
3. Разяснено ми е, че при предстоящото преливане на кръв и кръвни съставки, независимо от всички предприети мерки е възможно да възникнат ранни и/или късни реакции и усложнения.
4. Разяснени са ми съществуващите алтернативи, техните възможности и последствия, произтичащи от тях.
5. Доброволно се съгласявам, без заплахи и насилие, да ми бъде извършено преливане на кръв или кръвни съставки.

**Декларирам, че напълно разбирам по-горните изявления.**

Подпис или знак:.....

\*II. Декларирам, че подписвам декларацията като законен представител (попечител) на .....ЕГН: ....., лицето, на което ще бъде прелята кръв (кръвна съставка) по мое съгласие.

гр. Пловдив дата ..... год., час .....

Подпис или знак: .....

\*Раздел II на декларацията се попълва само в случай, че информираното съгласие се дава за лице, което е недееспособно.

**Информирано несъгласие /последници при отказа/.** След дискусия с лекаря декларирам, че **ОТКАЗВАМ** преливане на кръв или кръвни съставки, въпреки, че бях запознат/а с необходимостта и важността му, както и с всички евентуални последници от отказа ми .

Дата ..... час .....

Пациент /собственоръчно написани три имена/ .....

Подпис или знак : .....

Име на законен представител (попечител): .....

Подпис:.....

Лекар.....Подпис.....

Свидетел.....Подпис.....