



OPĆA BOLNICA "PRIM. DR. ABDULAH NAKAŠ" SARAJEVO
Bolnički transfuzijski odbor

IZJAVA PACIJENTA

o odbijanju saglasnosti za liječenje transfuzijom krvi

U skladu sa Zakonom o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata. (Sl. novine FBiH, br. 40/10)

Prezime, ime oca/majke, ime pacijenta

Ljekar me je informirao da se u toku moga liječenja može ukazati potreba za transfuzijom krvi ili pripravaka krvi (eritrocita, trombocita, plazme, krioprecipitata ili granulocita). Ukazao mi je na komplikacije koje mogu nastati ukoliko, uprkos njegovoj preporuci, odbijem liječenja transfuzijom (pripravaka) krvi.

Dobrovoljno i pri punoj svijesti odbijam liječenje transfuzijom krvi ili označenih (✓) pripravaka krvi (eritrocita ☐, plazme ☐, trombocita ☐, krioprecipitata ☐, granulocita ☐, drugo _____ ☐) bez obzira na okolnosti i preporuku ljekara.

Oslobađam zaposlene u JU Opća bolnica "Prim. dr. Abdulah Nakaš" od odgovornosti za sve štetne posljedice po moje zdravlje/po zdravlje moga štićenika (uključujući i smrtni ishod) koje mogu nastati zbog mog odbijanja da prihvatim liječenje transfuzijom (pripravaka) krvi.

Potpis pacijenta/staratelja/člana porodice

J M B G (pacijenta/staratelja)

Datum

Potpis svjedoka

J M B G (svjedoka)

Datum

IZJAVA LJEKARA

Objasnio sam pacijentu/staratelju/članu porodice moguće zdravstvene posljedice odluke o odbijanju davanja saglasnosti za liječenje transfuzijom (pripravaka) krvi, kao i značenje ovoga dokumenta. Odgovorio sam pacijentu/staratelju/članu porodice na sva postavljena pitanja u skladu sa mojim medicinskim znanjem.

Uvjeren sam da je pacijent/staratelj/član porodice dobio sve potrebne informacije i da ih je shvatio. Izjavu je potpisala kompetentna osoba, pri punoj svijesti i dobrovoljno - bez ikakve prisile.

Potpis i faksimil ljekara

Datum