



Potenciāla recipienta piekrišana transplantācijai

Es,

/vārds, uzvārds/

/personas kods/

1. Esmu informēts(a):

- par savu veselības stāvokli, tai skaitā slimības diagnozi un būtību, man veikto izmeklējumu rezultātiem, ārstniecības iespējām un metodēm, par to iespējamiem riskiem, tai skaitā neārstēšanas riskiem, nepieciešamajiem izmeklējumiem, komplikācijām, sagaidāmajiem rezultātiem un rehabilitācijas plānu;
- par ārstēšanas mērķi, nepieciešamību, paredzamo apjomu, norisi un izmantojamajām metodēm, kas ietver:
 - ka ārstēšanā tiks veikta orgāna transplantācija;
 - ka imūnsupresīvā terapija pēc orgāna transplantācijas ir obligāta, saprotu tās nozīmi pārstādītā orgāna funkciju saglabāšanā. Medikamentu precīza lietošana neizslēdz iespējamās blaknes, tai skaitā transplantāta atgrūšanu;
 - ka ārstēšanas procesā (operācijas laikā un vēlāk) var būt nepieciešama asiņu vai asins preparātu pārlišana;
 - padziļinātu laboratoro izmeklējumu veikšanu, t.sk. ģenētisku izmeklējumu imunoloģiskās saderības noskaidrošanai.
- par to ka varēju un varu jebkurā laikā/brīdī uzdot jautājumus, saņemt atbildes uz visiem mani interesējošiem jautājumiem, saistībā ar manu veselības stāvokli un ārstniecību;
- par tiesībām un iespēju atteikties no ārstniecībā izmantojamās metodes, neatsakoties no ārstniecības **kopumā parakstot rakstveida atteikumu**;
- ka šo piekrišanu iespējam atsaukt.

2. Apliecinu:

- ka uz jautājumiem par orgānu transplantāciju, tā mērķi, riskiem, apdraudējumiem un iespējamajām komplikācijām esmu saņēmis skaidras un saprotamas atbildes. Man bija pietiekoši laika visu to saprast un pārdomāt;
- **ka, vēlos** palikt Slimnīcas ambulatorā novērošanā un ārstēšanā pēc operācijas;
- ka, par iespējamo operāciju esmu informējis(usi) savus tuvākos piederīgos, kurus ietekmē mans veselības stāvoklis.

3. Piekrītu:

- ārstēšanai - orgāna transplantācijai atbilstoši medicīniskām indikācijām;
- vakcinēties ievērojot ārsta rekomendācijas;
- ka ārstēšanas procesā (operācijas laikā un vēlāk) var veikt asiņu vai asins preparātu pārlišanu;
- ka mani personas dati tiks ievadīti Slimnīcas datu reģistros;
- ka mani (manā aizbildnībā esošās personas) nepieciešamie personas dati tiks sniegti, glabāti un izmantoti Slimnīcas reģistru uzturēšanai;
- ārstēšanās procesā nepieciešamo ģenētisko izmeklējumu veikšanai, iegūto datu glabāšanai un izmeklētā bioloģiskā materiāla atlikuma uzglabāšanai kodētā veidā. Slimnīcas Apvienotajā laboratorijā kodētais materiāls un ar to saistītie dati var tikt izmantoti laboratorijas iekšējo kvalitātes kontroles procesu nodrošināšanā, zinātnes un attīstības mērķiem.

- transplantācijai paredzētai **no nestandarta kritēriju donora. Donors:**

<input type="checkbox"/>	ar pozitīvām hepatīta C vīrusa antivielām asinīs, bet negatīvu hepatīta C vīrusa RNS analīzi asinīs	_____ /paraksts/
<input type="checkbox"/>	ar pozitīvu vīrusa hepatīta C RNS analīzi asinīs *	_____ /paraksts/
<input type="checkbox"/>	ar aktīvu un/vai pārslimotu vīrusa hepatīta B infekciju	_____ /paraksts/
<input type="checkbox"/>	pēc cirkulatorās nāves	_____ /paraksts/
ar paplašinātiem kritērijiem		
<input type="checkbox"/> attiecas tikai uz nierēm	<ul style="list-style-type: none"> • vecāks par 60 gadiem • vecāks par 50 gadiem un ir 2 no sekojošiem papildus kritērijiem: <ul style="list-style-type: none"> ○ nāve no cerebrovaskulāra notikuma ○ seruma kreatinīns > 132,6 mkmol/l ○ arteriālā hipertensija slimību vēsturē 	_____ /paraksts/
<input type="checkbox"/> attiecas tikai uz aknām	<ul style="list-style-type: none"> • potenciālā donora vecums lielāks par 70 gadiem • cukura diabēts, insulīnterapija • akūta vai hroniska aknu funkcijas mazspēja • hroniskas, akūtas aknu slimības • aknu fibrozes pakāpe $\geq F2$ pēc METAVIR • aknu steatoze virs 30% • sistēmiskās slimības (kolagenozes, vaskulīti) • atkarība no alkohola, psihotropām vielām • aknu trauma • ģeneralizēta infekcija • intoksikācija ar medikamentiem • jaunāks par 18 gadiem, kuru vecākiem ir cilvēka imūndeficīta vīrusa riska faktori 	_____ /paraksts/
Atzīmēt <input checked="" type="checkbox"/> un ar parakstu apliecināt savu izvēli		

Ar savu parakstu zemāk apliecinu, ka esmu saņēmusi/is un izpratusi/is visu norādīto, saņemto informāciju un manis sniegtā informācija ir patiesa.

Potenciālajam recipientam vai tā likumiskajam pārstāvim informāciju sniedza ārsts:

	Datums
(Ārsta vārds, uzvārds, paraksts)	(dd.mm.gggg)

Potenciālais recipients vai potenciālā recipienta likumiskais pārstāvis:

	Datums	Laiks
(vārds, uzvārds, paraksts)**	(dd.mm.gggg)	(hh/mm)

* Transplantācija iespējama potenciālajam recipientam ar hepatīta C vīrusa infekciju.

** Informēto piekrišanu dod un paraksta pacients vai, norādot tiesisko pamatu un ievērojot pacienta iepriekš izteikto gribu attiecībā uz ārstniecību:

- pacienta pilnvarotā persona, ja pacients ir informējis ārstniecības iestādi par pilnvarojumu un tas ietver tiesības piekrist ārstniecībai vai tās metodēm, saņemt informāciju par pacienta veselības stāvokli;
- pacienta laulātais, bet, ja tāda nav- pilngadīgie un rīcībspējīgie radnieki šādā secībā: pacienta bērni, vecāki, brālis vai māsa, vecvecāki, mazbērni, ja pacients sava veselības stāvokļa vai vecuma dēļ pats nespēj pieņemt lēmumu par ārstniecību;
- likumiskais pārstāvis, ja pacients atrodas aizbildnībā vai aizgādībā.