

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΑΡΝΟΥΝΤΑΙ
ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Συγγραφείς

**Μπαιρακτάρη Αγγελική, τ. Διευθ Αναισθησιολογικού Τμήματος
Μαριόλης Θεόδωρος Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής
Γάφου Ανθή, Αιματολόγος, Επιστ. Υπευθ. Ιατρός ΝΥ Αιμοδοσίας**

Συντομογραφίες

ΒΕΔΑ: Βέλτιστη Διαχείριση του Αίματος των ασθενών

ΜΙ: Μάρτυρες Ιεχωβά

ΝΕΙΜ: Νοσοκομειακή Επιτροπή Ιατρικής των Μεταγγίσεων

ΦΚΠ: Φρέσκο Κατεψυγμένο Πλάσμα

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως κάποιοι ασθενείς αρνούνται την θεραπευτική αγωγή που τους προτείνει ο θεράπων ιατρός, οι ασθενείς Μάρτυρες Ιεχωβά (ΜΙ) δεν δέχονται μετάγγιση παραγώγων ή/και προϊόντων αίματος.

Σκοπός αυτού του πρωτοκόλλου είναι η τυποποίηση της διαχείρισης των ασθενών που αρνούνται την θεραπευτική αγωγή με μετάγγιση παραγώγων ή προϊόντων αίματος με σεβασμό στις προσωπικές τους αντιλήψεις σύμφωνα με την Συμφωνία Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης (The European Convention on Human Rights incorporated into the Human Rights Act ,1998)

2. Συγκατάθεση ασθενούς σε θεραπευτική αντιμετώπιση

Ο έχων σώας τας φρένας ενήλικας είναι σε θέση να αρνηθεί θεραπευτική αγωγή παρά το όφελος που αυτή του προσφέρει.

Η άρνηση της συγκατάθεσης του ασθενούς και η αιτία της άρνησης πρέπει να είναι πλήρως καταγεγραμμένη στο αρχείο του ασθενούς από τον υπεύθυνο θεράποντα ιατρό μετά την λεπτομερή ανάλυση στον ασθενή των πλεονεκτημάτων της μετάγγισης παραγώγου αίματος και των πιθανών επιπλοκών επί άρνησης. Η επαρκής ενημέρωση του ασθενούς ελαττώνει τις περιπτώσεις έκφρασης παραπόνων και νομικών επιπτώσεων για το νοσοκομείο.

Αν ο ασθενής αρνείται την μετάγγιση παραγώγων/ προϊόντων αίματος αυτό πρέπει να προκύπτει εγγράφως στο έγγραφο «**Ενδονοσοκομειακό έγγραφο «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών»**», αντίγραφο του οποίου τοποθετείται στον φάκελο του ασθενούς.

Είναι σημαντικό να συζητείται με κάθε ασθενή αν οι εναλλακτικές της μετάγγισης παραγώγων/ προϊόντων αίματος θεραπείες είναι αποδεκτές (ίδε παράγραφο 3).

3. Θεραπείες που δεν περιλαμβάνουν παράγωγα/προϊόντα αίματος

1. Ιατρικές, χειρουργικές και αναισθησιολογικές τεχνικές και φάρμακα που ελέγχουν την αιμορραγία και διεγείρουν την παραγωγή ερυθρών κυττάρων

2. Υποκατάστατα ενδοαγγειακού όγκου, π.χ. Φυσιολογικός ορός, Dextran, Ζελατίνη, Lactated Ringer's Solution, Haemaccel, Hydroxyethyl starch. , Gelofusine

3. Ανασυνδυασμένα προϊόντα (π.χ. rVIIa, rVIII, rErythropoietin – προσοχή κάποια από αυτά περιέχουν ίχνη πλασματικής ανθρωπείας αλβουμίνης η οποία ίσως δεν είναι αποδεκτή από τους ασθενείς).
4. Εξετάσεις αίματος.

4. Θεραπείες που δεν είναι συνήθως αποδεκτές από τους MI

Μετάγγιση:

- Συμπυκνωμένων Ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΣΕ)
- Αιμοπεταλίων
- Φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος (ΦΚΠ)
- Προεγχειρητική αυτόλογη προκατάθεση αίματος (ΠΑΠΑ)

5. Θεραπείες που ίσως είναι αποδεκτές από τους MI¹

1.Τεχνικές Αυτομετάγγισης:

- οξεία ισοογκαιμική αραιώση
- διεγχειρητική διάσωση αίματος με κλειστό σύστημα
- μετεγχειρητική διάσωση αίματος με κλειστό σύστημα

2.Αιμοδιύλιση: προπλήρωση του μηχανήματος χωρίς αίμα.

3.Καρδιακό Bypass: προπλήρωση του μηχανήματος χωρίς αίμα.

4.Ορισμένα προϊόντα αίματος:

- ανθρώπιος αλβουμίνη (Human albumin)
- Ξηρό Ινωδογόνο
- ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη (IVIGG)
- ανθρώπιοι παράγοντες πήξης (π.χ. VIII, IX)
- εμβόλια
- μεταφορείς οξυγόνου μέσω αιμοσφαιρίνης (HBCO, ερευνητικό στάδιο)

¹ Είναι προτιμότερη η ενδεδειγμένη ανασκόπηση κάθε προϊόντος για την περίπτωση που ενδέχεται να περιέχει ίχνη ανθρωπείων ουσιών (συμβουλή Αιματολόγου ή/και Υπεύθυνου Φαρμακείου)

6. Επίσημη συγκατάθεση /άρνηση θεραπευτικής αγωγής

Ο ασθενής οφείλει να ενημερώσει εγκαίρως τον θεράποντα ιατρό για τυχόν επιθυμίες που έχει όσον αφορά την θεραπευτική του αγωγή. Επί αδυναμίας επικοινωνίας του ασθενούς, είναι υποχρεωτικό να υπάρχει έγγραφο όπου δηλώνονται με σαφή τρόπο οι σχετικές επιθυμίες του ασθενούς όσον αφορά την θεραπευτική μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος. (έγγραφο 10 .ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών» , ή έγγραφο 11. ΔΗΛΩΣΗ-ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ για ζητήματα νοσηλείας)

7. Γενικές αρχές διαχείρισης ασθενούς που αρνείται την μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος

Ο υπεύθυνος θεράπων ιατρός οφείλει να εξηγήσει με κατανοητό στον ασθενή τρόπο, την ένδειξη μετάγγισης, τους κινδύνους από την μετάγγιση και την μη μετάγγιση και τις εναλλακτικές λύσεις προκειμένου ο ασθενής να οδηγηθεί σε ελεύθερη απόφαση.

8. ΖΩΝΤΑΝΗ ΔΙΑΘΗΚΗ- ΔΗΛΩΣΗ-ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ για ζητήματα νοσηλείας (The Advance Directive/ “Living Will”)

Σαν γενική αρχή της Νομικής και της Ιατρικής επιστήμης η θεραπευτική αγωγή δίνεται μόνο κατόπιν συγκατάθεσης του ασθενούς. Η «ζωντανή διαθήκη» (“**living will**” / “**advance directive**”/ “**advance statement**”, **έγγραφο 11.**) είναι έγγραφο που περιέχει τις οδηγίες του ασθενούς όσον αφορά τις θεραπείες οι οποίες δεν συμφωνούν με τα πιστεύω του, σε περίπτωση που δεν έχει την δυνατότητα να επικοινωνεί απευθείας.

Μια σαφής άρνηση ικανού να συναινέσει ενήλικα, σε συνθήκες μη πίεσης, έχει νομική ισχύ.

Γενικές διατυπώσεις επιθυμιών (όχι σαφής άρνηση), είναι σεβαστές αλλά δεν έχουν νομική ισχύ.

Το άτομο μπορεί να αλλάξει πεποιθήσεις και ισχύ έχει το πλέον πρόσφατο έγγραφο εφόσον το υπογράφει διανοητικά ικανός ενήλικας.

Σε περίπτωση αμφιβολίας των επιθυμιών του ασθενούς, ο νόμος υποστηρίζει την πλέον κλινικά αποδεκτή θεραπεία σύμφωνα με τον **υπεύθυνο** θεράποντα ιατρό (σε συμφωνία με την Νοσοκομειακή Επιτροπή Ιατρικής Μεταγγίσεων -NEIM) . Όμως, στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες η κατάσταση που έχει προκύψει είναι σαφώς εκείνη που είχε προβλεφθεί από τον ασθενή, δεν θα πρέπει να χορηγείται θεραπεία αντίθετη με μια έγκυρη πρότερη άρνηση.

Οι ιατροί πρέπει να ενημερώνονται για τις επικαιροποιημένες οδηγίες από αντίστοιχα νομικά πρόσωπα (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας-ΚΙΔ, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής)

Αντίγραφο του εγγράφου 9. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών» ή του εγγράφου 11. ΔΗΛΩΣΗ-ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ για ζητήματα νοσηλείας πρέπει να τοποθετείται στον φάκελο του ασθενούς.

Το έγγραφο 9. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών» εξατομικεύεται αναλόγως των πεποιθήσεων του κάθε ασθενούς. Οι κίνδυνοι και οι ειδικές απαιτήσεις που απορρέουν από την δήλωση του ασθενούς πρέπει να καταγράφονται στο έγγραφο 9.ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών».

Σε περίπτωση επείγουσας κατάστασης και επί απουσίας εγγράφου γραπτής ή προφορικής συναίνεσης (έγγραφο 9. ή 11.) η γνώμη του υπεύθυνου θεράποντα ιατρού υπερισχύει. Ωστόσο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η άποψη συγγενών/φίλων του ασθενούς όσον αφορά τις πεποιθήσεις του ασθενούς και εκπρόσωπος της οικογένειας θα πρέπει να προσκαλείται στο ιατρικό συμβούλιο λήψης σχετικής απόφασης.

9. Θέματα που αφορούν την συγκατάθεση ιατρικών πρακτικών οι οποίες πιθανώς να απαιτούν μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος

Απαιτείται

- Σαφής δήλωση στο έγγραφο 9. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «**Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών**» των αποδεκτών και μη αποδεκτών θεραπειών από τον ασθενή.
- Σαφής επεξήγηση στον ασθενή των πιθανών κινδύνων άρνησης μετάγγισης παραγώγων/ προϊόντων αίματος.

- Πρόταση στον ασθενή να έλθει σε επικοινωνία με τον υπεύθυνο εκπρόσωπο της αντίστοιχης θρησκευτικής οργάνωσης για νοσοκομειακές υποθέσεις. Οι ΜΙ έχουν συνήθως αντιπρόσωπο της Θρησκευτικής οργάνωσης εξειδικευμένο σε νοσοκομειακά θέματα στον οποίο και μπορούν να απευθύνονται.
- Διασφάλιση της δυνατότητας ιδιωτικής συζήτησης με τον υπεύθυνο ιατρό απουσία συγγενών ή εκπροσώπων της θρησκευτικής οργάνωσης εφόσον το επιθυμεί ο ασθενής.
- Συμπλήρωση του εγγράφου 10. Ενδονοσοκομειακού Εγγράφου «**Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών**» εντός του νοσοκομείου μετά από συζήτηση και υπογραφή του εγγράφου παρουσία μάρτυρα με ταυτόχρονη υπογραφή και του μάρτυρα.
- Προφορική έκφραση αλλαγής γνώμης γίνεται σεβαστή. Αυτό θα πρέπει να γίνεται παρουσία μάρτυρα και να καταγράφεται ενυπόγραφα.

10. Οδηγίες για την θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων αίματος

Οι ακόλουθες πρακτικές πρέπει να ακολουθούνται:

- Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται ενδελεχώς από τον **υπεύθυνο** θεράποντα ιατρό για τις ενδείξεις μετάγγισης και τους πιθανούς κινδύνους επί άρνησης της. Ο θεράπων ιατρός οφείλει να παραγγείλει έγκαιρα τον εργαστηριακό έλεγχο του ασθενούς
- Σε περίπτωση προγραμματισμένης επέμβασης η συζήτηση θα πρέπει να γίνει και να καταγραφεί μαζί με το έγγραφο 9.ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «**Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών**» εκ των προτέρων και έγκαιρα (όχι κατά την εισαγωγή για επέμβαση)
- Να τοποθετείται στον φάκελο του ασθενούς το αντίστοιχο έγγραφο 3. ή 5., αναλόγως του επείγοντος ή όχι της κλινικής κατάστασης.
- Τα έγγραφα 3., 5. «Θεραπευτικός Σχεδιασμός» θα πρέπει να περιλαμβάνουν τις εναλλακτικές πρακτικές, εάν αυτές είναι διαθέσιμες στο συγκεκριμένο ίδρυμα (πχ αναφορά των αποδεκτών τεχνικών αυτόλογης μετάγγισης, χρήση ερυθροποιητίνης).

Τέλος η συνολική αντιμετώπιση του ασθενούς θα προκύψει μετά από επίσκεψη του ασθενούς στο Ιατρείο Βέλτιστης Διαχείρισης του Αίματος του ασθενούς – ΒΕΔΑ. Αν χρειασθεί θα συναποφασισθεί σε σύσκεψη της ομάδας ΒΕΔΑ του Νοσοκομείου (Χειρουργός- Αναισθησιολόγος- Αιματολόγος μέλη της ΝΕΙΜ του Νοσοκομείου)

- Αν ο υπεύθυνος θεράπων ιατρός θεωρήσει την «αναίμακτη» επέμβαση υψηλού κινδύνου για αιμορραγία μη αντιμετωπίσιμη στο Νοσοκομείο ή αν κάποια από τις εναλλακτικές θεραπευτικές πρακτικές δεν είναι διαθέσιμες, οφείλει να παραπέμψει τον ασθενή σε άλλο θεραπευτικό ίδρυμα.
- Σε επείγουσα περίπτωση (πχ μαζική αιμορραγία) ο υπεύθυνος θεράπων ιατρός πρέπει να διασφαλίσει ότι ο ασθενής έχει πλήρη συνείδηση των επιπτώσεων της άρνησης μετάγγισης.
- Αν ο ασθενής δεν είναι ικανός να συναινέσει, οι κλινικές αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται με γνώμονα τον συμφέρον του ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη τις προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του (έγγραφο 9.,11.) σχετικά με ιατρική επέμβαση.

11. Βιβλιογραφία

1. Policy for the management of patients in whom a blood transfusion is clinically indicated, but refused. NHS FORTH VALLEY 8/2014
2. Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. <http://www.bioethics.gr/index.php/gnomes/88-sumainesi-sxesi-iatroy-asthenous>
3. Γνωμοδότηση της Νομικής Συμβούλου του ΙΣΑ κ. Άννας Τσίτουρα σχετικά με την λήψη Συναίνεσης για Μετάγγιση ΑΠ 932/5-10-2015
4. Εθνικό Συνταγολόγιο, έκδοση 2007
5. The Approach to Patients with Bleeding Disorders Who Do Not Accept Blood-Derived Products. *Semin Thromb Hemost* 2013; 39:182–190.
6. ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑΣ/ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (εκκρεμεί η έγκριση από το ΕΕ του νοσοκομείου, του Πρωτόκολλου ΝΕΙΜ ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»)
7. How do we treat life-threatening anemia in a Jehovah's Witness patient? *Transfusion* 2014;54:3026-3034.
8. Committee for Standards in Haematology. Guidelines for the diagnosis and treatment of cobalamin and folate disorders. *Br J Haematol.* 2014 Aug;166(4):496-513.
9. Use of EPO pre-operatively to optimise Haemoglobin *Health Technology Assessment Report 8 Use of Epoetin Alfa before Orthopaedic Surgery in Patients with Mild Anaemia 2006; British National Formulary 62; Recombinant human erythropoietins 2011*

12. ΈΓΓΡΑΦΑ ΚΑΙ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΙ

1. Προγραμματισμός ασθενών που αρνούνται την μετάγγιση παραγώγων αίματος
2. Σχέδιο Διαχείρισης ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος και χρήζουν επείγουσας χειρουργικής επέμβασης
3. Έγγραφο «Θεραπευτικός Σχεδιασμός» ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος σε έκτακτο χειρουργείο
4. Σχέδιο Διαχείρισης ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος και χρήζουν προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης
5. Έγγραφο «Θεραπευτικός Σχεδιασμός » ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος σε προγραμματισμένο χειρουργείο
6. Οδηγίες προεγχειρητικής βελτιστοποίησης της αιμοσφαιρίνης σε ασθενείς που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων αίματος.
7. Μετεγχειρητικός θεραπευτικός σχεδιασμός ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος
8. Προαιμοστατικοί Παράγοντες διαθέσιμοι στο ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
9. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών»
10. Ενδονοσοκομειακό Έγγραφο «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών»
11. ΔΗΛΩΣΗ-ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ για ζητήματα νοσηλείας
12. Τηλέφωνα επικοινωνίας

13. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ σε ασθενείς που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων αίματος

Δεν συμπεριλαμβάνει την θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με κακοήθεια ίδε NCCN 2013,2015

1. Προγραμματισμός ασθενών που αρνούνται την μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος

A. Ασθενής με συνείδηση και ικανός για συναίνεση

1.Αποστολή εργαστηριακού ελέγχου:

Γεν αίματος, ΔΕΚ

Ferritin

B12 & Folate

PT, APTT, Ινωδογόνο

Ουρία, κρεατινίνη

SGOT, SGPT

Ομάδα ABO & έλεγχος αλλοαντισωμάτων (Screening)

2.Καθορισμός της κατάστασης σαν επείγουσας ή όχι

3 Ραντεβού στο Ιατρείο Βέλτιστης Διαχείρισης του Αίματος του ασθενούς – ΒΕΔΑ εγκαίρως.

4.Συμπλήρωση του εγγράφου **10. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών»** και τοποθέτηση αντιγράφου στον ιατρικό φάκελο

5.Συμπλήρωση Έγγραφου **3. ή 5. «Θεραπευτικός σχεδιασμός και αλγόριθμος ελέγχου» αναλόγως των κλινικών συνθηκών** και τοποθέτηση αντιγράφου στον ιατρικό φάκελο

B. Ασθενής χωρίς συνείδηση ή μη έχων σώας τας φρένας

1.Αποστολή εργαστηριακού ελέγχου:

Γεν αίματος, ΔΕΚ

Ferritin

B12 & Folate

PT, APTT, Ινωδογόνο

Ουρία, κρεατινίνη

SGOT, SGPT

Ομάδα ABO & έλεγχος αλλο-αντισωμάτων (Screening)

2.Καθορισμός της κατάστασης σαν επείγουσας ή όχι

3 Ραντεβού στο Ιατρείο Βέλτιστης Διαχείρισης του Αίματος του ασθενούς – ΒΕΔΑ εγκαίρως.

4.Αναζήτηση του εγγράφου **11. ΔΗΛΩΣΗ-ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ για ζητήματα νοσηλείας** και τοποθέτηση αντιγράφου στον ιατρικό φάκελο

B1.ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ έγγραφο 11.

Κλινικός σχεδιασμός σύμφωνα με την κρίση του θεράποντος*
Προαιρετική ειδοποίηση του Νοσοκομειακού Υπεύθυνου ΜΙ

B2. ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ έγγραφο 11.

Κλινικός σχεδιασμός σύμφωνα με το έγγραφο
Κλινικός σχεδιασμός σύμφωνα με την κρίση του θεράποντος*

B3. ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ έγγραφο 11.αλλά μπορεί να προσκομισθεί

Κλινικός σχεδιασμός σύμφωνα με το έγγραφο
Κλινικός σχεδιασμός σύμφωνα με την κρίση του θεράποντος*

5.Συμπλήρωση Έγγραφου **3. ή 5. «Θεραπευτικός σχεδιασμός και αλγόριθμος ελέγχου» αναλόγως των κλινικών συνθηκών** και τοποθέτηση αντιγράφου στον ιατρικό φάκελο

2. Σχέδιο Διαχείρισης ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος και χρήζουν επείγουσας χειρουργικής επέμβασης

Επιβεβαίωση για :

Έγκαιρη ενημέρωση Υπεύθυνου Χειρουργού

Έγκαιρη ενημέρωση Υπεύθυνου Αναισθησιολόγου

Έγκαιρη ενημέρωση Υπεύθυνου Αιματολόγου (Ιατρείο ΒΕΔΑ)

Προαιρετική συμμετοχή του Υπεύθυνου της οργάνωσης MI

Αποστολή των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων

Το έγγραφο 9.ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών» αν είναι διαθέσιμο έχει υπογραφεί και τοποθετηθεί στον ιατρικό φάκελο

Το έγγραφο 3. «Θεραπευτικός Σχεδιασμός» ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος σε έκτακτο χειρουργείο έχει συμπληρωθεί

.....

1.Βελτιστοποίηση της τιμής της Hb προεγχειρητικά ίσως να μην είναι εφικτή

2.Έμφαση στην Βέλτιστη Διαχείριση του Αίματος του ασθενούς

2α.Προγραμματισμός αναισθησίας

-Διεγχειρητική διάσωση αίματος

-Χειρουργικές πρακτικές για ελαχιστοποίηση απώλειας αίματος

2β.Αποφυγή μεγάλου όγκου αιμοληψιών

-Χρήση παιδιατρικών σωληναρίων *

3. Έγγραφο «Θεραπευτικός Σχεδιασμός» ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος σε έκτακτο χειρουργείο
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ..... ΟΝΟΜΑ.....

ΑΜΚΑ.....ΗΓ.....

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ.....ΚΛΙΝΙΚΗ.....

Είναι υποχρεωτική η συμπλήρωση όλων των πεδίων

Είδος χειρουργικής επέμβασης.....

Ημερομηνία Επέμβασης.....

Βαθμός επείγοντος ΥψηλόςΜέτριος

Εκτιμώμενη απώλεια αίματος >500ml ΝΑΙ....., ΟΧΙ.....

Λήψη αντιπηκτικώνΈνδειξη.....

ΚουμαρινικάΗπαρίνη..... ΑσπιρίνηΚλοπιδογρέλη.....

Άλλο (διευκρινίστε)

Κυκλώστε την σωστή απάντηση

Έγγραφο 9. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών»	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εξετάσεις αίματος	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Επιβεβαιώστε την αποστολή των εξετάσεων	ΝΑΙ	ΟΧΙ
12. Προεγχειρητική Διαχείριση Αίματος	ΝΑΙ	ΟΧΙ
rEPO		
Fe pos/IV		
B12		
Filicin		
Tranaxemic		
Άλλο		

Συμπληρώθηκε από τον ιατρό.....

Υπογραφή.....

Ημερομηνία

Αντίγραφα των εγγράφων 9., 3., και 12. τοποθετούνται στον φάκελο του ασθενούς. Κατά την προεγχειρητική εισαγωγή συμπληρώνεται από τον ασθενή και το έγγραφο 10. Ενδονοσοκομειακό Έγγραφο «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών» και τοποθετείται στον φάκελο του ασθενούς.

Είναι πολύ σημαντικά έγγραφα

4. Σχέδιο Διαχείρισης ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος και χρήζουν προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης

Επιβεβαίωση για :

Έγκαιρη ενημέρωση Υπεύθυνου Χειρουργού

Έγκαιρη ενημέρωση Υπεύθυνου Αναισθησιολόγου

Έγκαιρη ενημέρωση Υπεύθυνου Αιματολόγου (Ιατρείο ΒΕΔΑ)

Προαιρετική συμμετοχή του Υπεύθυνου της οργάνωσης MI

Αποστολή των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων

Το έγγραφο 9.ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών» αν είναι διαθέσιμο έχει υπογραφεί και τοποθετηθεί στον ιατρικό φάκελο

Το έγγραφο 5. «Θεραπευτικός Σχεδιασμός » ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος σε προγραμματισμένο χειρουργείο έχει συμπληρωθεί

.....

Προεγχειρητικός έλεγχος τουλάχιστον 6 εβδομάδες προ χειρουργείου

1.Βελτιστοποίηση Hb προεγχειρητικά

2.Βελτιστοποίηση καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας (επικοινωνία με αντίστοιχη ειδικότητα)

3.Προγραμματισμός αναισθησίας

-Διεγχειρητική διάσωση αίματος

-Χειρουργικές πρακτικές για ελαχιστοποίηση απώλειας αίματος

5. Έγγραφο «Θεραπευτικός Σχεδιασμός » ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος σε προγραμματισμένο χειρουργείο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ..... ΟΝΟΜΑ.....

ΑΜΚΑ.....ΗΓ.....

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ.....ΚΛΙΝΙΚΗ.....

Είναι υποχρεωτική η συμπλήρωση όλων των πεδίων

Είδος χειρουργικής επέμβασης.....

Βαθμός επείγοντος ΥψηλόςΜέτριος

Εκτιμώμενη απώλεια αίματος >500ml ΝΑΙ....., ΟΧΙ.....

Λήψη αντιπηκτικώνΈνδειξη

ΚουμαρινικάΗπαρίνη..... ΑσπιρίνηΚλοπιδογρέλη

Άλλο (διευκρινίστε)

Κυκλώστε την σωστή απάντηση

Έγγραφο 9. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών»	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Εξετάσεις αίματος	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Επιβεβαιώστε την αποστολή των εξετάσεων	ΝΑΙ	ΟΧΙ
12. Προεγχειρητική Διαχείριση Αίματος	ΝΑΙ	ΟΧΙ
rEPO Fe pos/IV B12 Filicin Tranaxemic Άλλο		
Αντίγραφα των εγγράφων 9., 5., και 12. τοποθετούνται στον φάκελο του ασθενούς. Είναι πολύ σημαντικά έγγραφα		

Συμπληρώθηκε από τον ιατρό.....

Υπογραφή.....

Ημερομηνία

Αντίγραφα των εγγράφων **9., 5., και 12.** τοποθετούνται στον φάκελο του ασθενούς. Κατά την προεγχειρητική εισαγωγή συμπληρώνεται από τον ασθενή και το έγγραφο

10. Ενδονοσοκομειακό Έγγραφο «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών» και τοποθετείται στον φάκελο του ασθενούς.

Είναι πολύ σημαντικά έγγραφα

6. Οδηγίες προεγχειρητικής βελτιστοποίησης της αιμοσφαιρίνης σε ασθενείς που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων αίματος.¹

Προγραμματισμός διαχείρισης

Για προγραμματισμένες επεμβάσεις ο κύριος στόχος είναι η βελτιστοποίηση της αιμοσφαιρίνης:

- Οι ασθενείς πρέπει να εξετάζονται **τουλάχιστον 6 βδομάδες** προ του προγραμματισμένου χειρουργείου αν είναι εφικτό.
- Συνήθως αυτό γίνεται στο εξωτερικό ιατρείο της Αιμοδοσίας εφόσον στελεχώνεται από Αιματολόγο (Ιατρείο ΒΕΔΑ), ή στο εξωτερικό ιατρείο της χειρουργικής κλινικής.
- Η θεραπευτική διαχείριση και ο κατάλληλος χρόνος χειρουργείου θα πρέπει να συναποφασίζεται με τους εκπροσώπους της Ομάδας «ΒΕΔΑ»
- Η μετεγχειρητική διαχείριση του ασθενούς γίνεται στο ιατρείο ΒΕΔΑ.

Ερυθροποιητίνη

Η Ανασυνδυσασμένη Ερυθροποιητίνη (rEPO) είναι από τις κύριες θεραπευτικές πρακτικές αντιμετώπισης της απώλειας αίματος σε ασθενείς που αρνούνται μετάγγιση αίματος. Η απόφαση λαμβάνεται από υπεύθυνο του ιατρείου ΒΕΔΑ λαμβάνοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους αυτής της πρακτικής.

Η rEPO χορηγείται μόνο εφόσον ο ασθενής πρέπει να έχει Hb < 13g/dL και η χειρουργική επέμβαση είναι υψηλού κινδύνου για απώλεια αίματος.⁹

Η 1^η δόση rEPO πρέπει να δοθεί 3 βδομάδες προ του χειρουργείου και η τελευταία την ημέρα του χειρουργείου. Αν η ανταπόκριση θεωρηθεί επαρκής η επόμενη δόση δεν χορηγείται.

Δεν χορηγείται rEPO σε ασθενείς με Hb > 13g/dL (κίνδυνος μετεγχειρητικών θρομβοεμβολικών επεισοδίων) και η χορήγηση rEPO πρέπει να διακοπεί επί Hb >15g/dL.

Η χορήγηση rEPO **αντενδεικνύεται** σχετικά σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από:

Μη ελεγχόμενη υπέρταση,

Ισχαιμική νόσο μυοκαρδίου, εγκεφάλου, περιφερικών αγγείων,

Πρόσφατο έμφραγμα ή ΑΕΕ < 1 μήνα;

Ασταθή στηθάγχη;

Ιστορικό θρόμβωσης.

Η rEPO **χορηγείται με προσοχή** σε :

θρομβοκυττάρωση, υπέρταση, επιληψία, ηπατική νόσο, κύηση και γαλουχία, κακοήθεια, ασθενείς >70 ετών.

Θεραπευτικά σχήματα :

1) Epoetin alfa or epoetin zeta ΥΔ: 600 units/kg (~40.000) 1 φορά / εβδομάδα x 3 βδομάδες προεγχειρητικά (και την ημέρα χειρουργείου)

2) 300 units/kg (~20.000) / 24ωρο x 15 ημέρες, 1^η ημέρα της αγωγής είναι η 10^η ημέρα προ χειρουργείου (το σχήμα χρησιμοποιείται σε ορθοπεδικούς ασθενείς).
Η darberoetin alfa έχει μακρότερη διάρκεια δράσης.

Η αντιστοιχία της δοσολογίας της darbepoetin alfa είναι 200:1 – δηλ, 200iu epoetin αντιστοιχεί σε 1mcg darbepoetin. Συνιστούμενη δόση:

Darbepoetin 6.75 mcg/kg ΥΔ 3 βδομάδες προ χειρουργείου και ξανά την ημέρα του χειρουργείου (συνολική δόση 13.5mcg/kg) (περίπου 500mcg/dose για ασθενή 80kg).

ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ rEPO ⁶

Δοσολογικά σχήματα ESAs (galinos,gr 21/7/2014)

1.Epoetin alfa 40.000 άπαξ ΥΔ και επί μη επαρκούς ανταπόκρισης αύξηση 60.000 άπαξ ΥΔ

EPREX 254,51 €

ABSEAMED 40,000 253,36€

BINOCRIT 40,000 195,27 €

2.Darbepoetin alfa 2,25 mcg/kg (~157,5 mcg) άπαξ ΥΔ και επί μη επαρκούς ανταπόκρισης αύξηση 4,5 mcg/kg (315 mcg) άπαξ ΥΔ

Darbepoetin alfa 500 mcg /3 βδ ΥΔ

ARANESP/Amgen Holland:

inj.sol 300 mcg/ 0.6 ml-pf. syr x 1, 177,49 € Πηγή: www.galinos.gr

300mcg/0.6ml-pf.pen x 1,

500 mcg/1 ml-pf. syr x 1, 338,62 €Πηγή: www.galinos.gr

500mcg/1ml-pf.pen x 1Πηγή: www.galinos.gr

Συμπληρωματική χορήγηση Fe, Vitamin B12 και φυλικού οξέος

Η χορήγηση rEPO δεν είναι αποτελεσματική αν ο ασθενής έχει έλλειψη **Fe, Vitamin B12 και φυλικού οξέος**. Είναι απαραίτητος ο εργαστηριακός έλεγχος αυτών των παραμέτρων προ χορήγησης rEPO.

Συμπληρωματική χορήγηση Fe

Αν τα επίπεδα φερριτίνης είναι <100ng/ml πρέπει να χορηγείται IV Fe προ της rEPO. Η δόση του Ferinject (Η συνολική ποσότητα σιδήρου χορηγείται σε 1ή 2 δόσεις σύμφωνα με την Hb και το ΣΒ του ασθενούς):

Hb (g/dL)	ΣΒ 35 - <70 kg	ΣΒ >70 kg
<10	1500 mg	2000 mg
≥10	1000 mg	1500 mg

Τα επίπεδα Ferritin ελαττώνονται σε όλους τους ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή με rEPO. Σε ασθενείς με ferritin <100ng/ml χορηγείται σίδηρος από το στόμα (ferrous sulfate) (εκτός αν έχει χορηγηθεί IV στο πλαίσιο διόρθωσης της Hb προεγχειρητικά). Αν από το στόμα δεν είναι ανεκτός ή αν το επίπεδο φερριτίνης ελαττωθεί < 100ng/ml παρά την χορήγηση από του στόματος, χορηγείται σίδηρος IV. Η χορήγηση σιδήρου πρέπει να συνεχισθεί την μετεγχειρητική περίοδο.

ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΣΙΔΗΡΟΥ

1.Ενδοφλέβια

Ferinject =carboxymaltoze amp 10ml (500mg), 2ml (100mg), Άπαξ χορήγηση στάγδην . 20 ml Ferinject σε 250 ml Nacl 0,9% ⁶

2.Σκευάσματα σιδήρου από το στόμα ⁴

Θεραπευτικώς 60-200 mg στοιχειακού σιδήρου την ημέρα κατά την διάρκεια ή μετά τα γεύματα (καλλίτερη ανοχή). Προφυλακτικώς 60mg την ημέρα.

Ferrous sulfate στοιχειώδης σίδηρος ανά tab:

Tardyferon(80 mg), Resoferon 37mg, Microger 47 mg

Χορήγηση B12

Ασθενείς με τιμή B12 <120ng/l λαμβάνουν συμπλήρωμα B12, Articlox Hydroxocobalamin 1mg IM 3 φορές /βδομάδα x 2 βδομάδες. Η αιτία πρέπει να διερευνηθεί.

Ασθενείς με B12 >120ng/l και <180ng/l μπορεί ή όχι να έχουν έλλειψη B12.Την θεραπεία θα την καθορίσει ο αιματολόγος

Χορήγηση φυλικού

Ασθενείς με τιμή φυλικού (<2.1mcg/l) λαμβάνουν φυλικό (5mg/ 24ωρο) συνήθως >= 6 βδομάδων. Η αιτία πρέπει να διερευνηθεί.

Εργαστηριακός έλεγχος

Επί χορηγήσεως EPO λαμβάνονται (ει δυνατόν σε παιδιατρικά σωληνάκια) ο εξής έλεγχος:

Γενική αίματος, Ferritin, B12, φυλικό, ουρία, κρεατινίνη , SGOT SGPT

Η γενική αίματος επαναλαμβάνεται εβδομαδιαία. Η ΑΠ μετράται προ της έναρξης της EPO και εβδομαδιαία.

Πιθανές παρενέργειες EPO Υπέρταση, συμπτωματολογία γρίπης, ήπιος πόνος στο σημείο ένεσης, αμιγής απλασία της ερυθράς σειράς, ΑΕΕ, θρόμβωση.

7. Μετεγχειρητικός θεραπευτικός σχεδιασμός ασθενών που αρνούνται μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος⁵.

Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο
Εκτίμηση αιμόστασης

A. Ικανοποιητική

1. εργαστηριακός έλεγχος

Γεν αίματος, ΔΕΚ, RET-He (Reticulocyte haemoglobin equivalent), IRF (Immature Retic Fraction)

Ferritin

B12 & Folate

PT, APTT, Ινωδογόνο

Άλλες εξετάσεις ως προκύπτει από την κλινική κατάσταση (ΗΚΓ, ρΗ, αέρια αίματος, έλλειμμα βίταμης)

A1. Hb > 10g/dl

Χορήγηση σιδήρου για >6 βδομάδες και επανέλεγχος

A2. Hb > 7 g/dl

Iron sucrose=Venofer 100 mg x 1 x 10 ημέρες IV⁵

EPO 40,000 x1 / βδομάδα⁵

Φυλικό 5 mg x 1 x 10 ημέρες⁵

βιταμίνη C 500mg x 2⁵

Γνωμάτευση αιματολόγου και αναλόγως συνέχιση αγωγής

A3. 5 > Hb < 7 g/dl

Χορήγηση σιδήρου για >6 βδομάδες και επανέλεγχος ή χορήγηση σιδήρου ενδοφλέβια αναλόγως της κλινικής κατάστασης

Iron sucrose=Venofer 100 mg x 1 x 10 ημέρες IV⁵

EPO 20,000 x1 x 5 ημέρες⁵

Φυλικό 5 mg x 1 mg x 10 ημέρες⁵

C 500mg x 2⁵

Γνωμάτευση αιματολόγου και αναλόγως συνέχιση αγωγής

A4. Hb < 5 g/dl

Χορήγηση σιδήρου για >6 βδομάδες και επανέλεγχος ή χορήγηση σιδήρου ενδοφλέβια αναλόγως της κλινικής κατάστασης

Iron sucrose=Venofer 100 mg x 2 x 5 ημέρες IV⁵

EPO 20,000 x2 x 5 ημέρες⁵

Φυλικό 5 mg x 1 mg x 10 ημέρες⁵

C 500mg x 2⁵

Γνωμάτευση αιματολόγου και αναλόγως συνέχιση αγωγής.

Πίνακας 1. Χορήγηση σιδήρου IV ⁴

Table 3 Some characteristics of the different intravenous iron formulations

	Iron gluconate	Iron sucrose	High molecular weight iron dextran	Low molecular weight iron dextran	Ferric carboxymaltose	Iron isomaltoside 1000	Ferumoxytol
Brand name	Ferlecit®	Venofer®	Dexferrum®	Cosmofer® INFeD®	Ferinject® Injectafer®	Monofer®	Rienso® FeraHeme®
Carbohydrate shell	Gluconate (monosaccharide)	Sucrose (disaccharide)	Dextran (branched polysaccharide)	Dextran (branched polysaccharide)	Carboxymaltose (branched polysaccharide)	Isomaltoside (linear oligosaccharide)	Polyglucose sorbitol carboxymethylether
Molecular weight (kDa)	289-440	30-60	265	165	150	150	750
Plasma half-life (h)	1	6	60	20	16	20	15
Direct iron donation to transferrin (% injected dose)	5-6	4-5	1-2	1-2	1-2	< 1	< 1
Test dose required ¹	No	Yes/No	Yes	Yes	No	No	No
Iron content (mg/mL)	12.5	20	50	50	50	100	30
Maximal single dose (mg)	125	200-300	20 mg/kg	20 mg/kg ²	20 mg/kg (max 1000 mg in one infusion)	20 mg/kg	510 ³
Premedication	No	No	TDI only	No	No	No	No
Life-threatening ADE (× 10 ⁶ doses)	0.9	0.6	11.3	3.3	??	??	??

¹A test dose is no longer recommended by the European Medicines Agency (2013); ²Low molecular weight iron dextran can be safely administered at doses of 1000 mg over 1 h^[10]; ³Preliminary data indicate that Ferumoxytol may be administered at doses of 1020 mg over 15 min^[10].

B. Μη Ικανοποιητική

1.Επείγουσες εργαστηριακές εξετάσεις

2. Ανασκόπηση εγγράφου 9.ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών»

Επανασυζήτηση με τον ασθενή για τυχόν αλλαγή στάσης

Ενημέρωση ομάδας ΒΕΔΑ

8. Προαιμοστατικοί παράγοντες διαθέσιμοι στο ΓΟΝΚ «ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

ΣΚΕΥΑΣΜΑ	ΕΜΠΟΡ ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΘΕΣΗΣ
rVII ανασυνδυσασμένος	Novoseven	Κέντρο Αιμορροφιλικών ΙΓΝΑ 213-2088193 ΛΑΙΚΟ
PCC <u>ανθρώπειο</u>	Beriplex	Αιμοδοσία ΓΟΝΚ
Ξηρό Ινωδογόνο <u>ανθρώπειο</u>	Riastap	Αιμοδοσία ΓΟΝΚ
Κόλλα ινικής (ινωδογόνο <u>ανθρώπειας</u> προέλευσης, αποπρωτινίνη, θρομβίνη)	Tisseel Πηγή: www.galinos.gr	Φαρμακείο ΓΟΝΚ σε βαθειά κατάψυξη
Κόλλα ινικής (θρομβίνη <u>ανθρώπειας</u> προέλευσης και ινωδογόνο <u>ανθρώπειας</u> προέλευσης	TACHOSIL Πηγή: www.galinos.gr	Χειρουργείο ΓΟΝΚ

9. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών»

	ΔΕΧΟΜΑΙ την χορήγηση θεραπείας με		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν συζητήθηκε
ΣΕ			
ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ			
ΦΚΠ			
Αυτόλογη προκατάθεση			
Αλβουμίνη			
Ανοσοσφαιρίνη			
Rvii ανασυνδυασμένος παράγων			
PCC προθρομβινικό σύμπλεγμα			
Ξηρό Ινωδογόνο			
Οξεία ισοογκαιμική αραιώση			
Διεγχειρητική διάσωση αίματος			ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ!!!
Μετεγχειρητική διάσωση αίματος			
Κόλλα ανθρώπεια			
Κόλλα ινικής			
Άλλο (κατανόμασε)			
Αν απαιτείται για να σωθεί η ζωή μου δέχομαι να μεταγγισθώ με			
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΕ			
ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ			
ΦΚΠ			

Εφόσον συμπληρωθεί και υπογραφεί από τον ασθενή αυτός συγκατατίθεται στα εξής

- Βεβαιώ ότι κατανοώ τις επιπτώσεις της αποδοχής ή μη μετάγγισης των αναφερομένων παραγώγων/προϊόντων αίματος
- Κατανοώ ότι το έγγραφο παραμένει εν ισχύ και είναι δεσμευτικό για τους συμβαλλόμενους έως ότου προσωπικά το ανακαλέσω προφορικά ή γραπτά
- Υπογράφω αυτό το έγγραφο με ελεύθερη βούληση

Υπογραφή ασθενούς.....Υπογραφή

Όνομα Ιατρού

Υπογραφή

Ημερομηνία

10. Ενδονοσοκομειακό Έγγραφο «Συγκατάθεση Ιατρικών πρακτικών»

ΕΠΙΘΕΤΟ.....ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ
ΟΝΟΜΑ.....ΚΛΙΝΙΚΗ
ΑΜΚΑ
ΗΓΦΥΛΟ

Το έγγραφο αυτό έχει θέση αποδεικτικού εγγράφου της άρνησης μετάγγισης του ασθενούς με παράγωγα /προϊόντα αίματος.
Επιπλέον επιπροσθέτως αποδεικνύει ότι ο ασθενής έλαβε λεπτομερή και εμπειρισταωμένη γνώση των επιπτώσεων που έχει αυτή η άρνηση.

Συμπληρώνεται από τον ασθενή

Εγώ ο

Αρνούμαι την μετάγγιση των ακολούθων παραγώγων/προϊόντων αίματος

	ΑΡΝΟΥΜΑΙ	ΔΕΧΟΜΑΙ
ΣΕ		
ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ		
ΦΚΠ		
Αλλογενές αίμα		
Αλβουμίνη		
Ανοσοσφαιρίνη		
rVII		
PCC		
Ξηρό Ινωδογόνο		
Οξεία ισοογκαιμική αραίωση		
Διεγχειρητική διάσωση αίματος		
Μετεγχειρητική διάσωση αίματος		
Κόλλα ινικής ανθρώπεια		
Κόλλα ινικής ανθρώπεια		
Άλλη (κατονόμασε)		

Το περιεχόμενο του πίνακα αναφέρει τις **διαθέσιμες θεραπείες** στο Νοσοκομείο **ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»** και έχει συζητηθεί με την αντίστοιχη Συμβουλευτική ομάδα των ΜΙ.

Κατανοώ πλήρως ότι η άρνησή μου να δεχθώ την μετάγγιση παραγώγων/προϊόντων αίματος θεωρείται ως απόλυτη και δεν μπορεί να υπερκερασθεί κάτω από οποιαδήποτε κατάσταση.

Κατανοώ ότι η άρνησή μου μπορεί να αποβεί απειλητική για την ζωή μου αλλά είναι η θέλησή μου ότι τα αναφερόμενα παράγωγα/προϊόντα αίματος δεν θα

χορηγηθούν ακόμα και αν «η άρνηση αποδοχής πιθανό να προκαλέσει μόνιμο τραύμα στην υγεία μου ή ακόμα και πρόωρο θάνατο»*.

Υπογραφή.....

Ημερομηνία

Το έγγραφο αυτό υπογράφεται παρουσία του Ιατρού Χειρουργικής ειδικότητας και του Υπεύθυνου Αναισθησιολόγου.

Επιβεβαιώνω ότι έχω εξηγήσει στον υπογράφοντα ασθενή τους κινδύνους άρνησης μετάγγισης των ανωτέρων παραγώγων/προϊόντων αίματος στην περίπτωση που η κλινική κατάσταση του ασθενούς το απαιτεί. Κατανοώ ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα αλλαγής της απόφασης αυτής

Υπογραφή θεράποντος Ιατρού.....

Όνομα

Ημερομηνία

Υπογραφή Ιατρού Αναισθησιολόγου

Όνομα

Ημερομηνία

*3. Γνωμοδότηση της Νομικής Συμβούλου του ΙΣΑ κ. Άννας Τσίτουρα σχετικά με την λήψη Συναίνεσης για Μετάγγιση ΑΠ 932/5-10-2015

11. ΔΗΛΩΣΗ-ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ για ζητήματα νοσηλείας (Επισυνάπτεται)

12. Χρήσιμα Τηλέφωνα επικοινωνίας

Ιατρός Υπεύθυνος του Ιατρείου ΒΕΔΑ
Γάφου Ανθή Αιματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Επιστημ. Υπεύθυνη Αιμοδοσίας –
Αργυρού Ασπασία Αιματολόγος, Β ΕΠΙΜ ΕΣΥ
Τηλ επικοινωνίας 210-3501562/725
Fax 210-3501564

Ομάδα ΒΕΔΑ του Νοσοκομείου ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»
Χειρουργός- Μαριώλης Θεόδωρος 210-3501145, 6972910328
Αναισθησιολόγος- Μπαιρακτάρη Αγγελική, 210-3501184
Αιματολόγος- Γάφου Ανθή, 210-3501562

- Στοιχεία επικοινωνίας για την Επιτροπή Προσέγγισης Νοσοκομείων Αθήνας για ΜΙ
ΚΑΡΑΒΑΡΙΩΤΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ Τηλ6973016585&210-8947664
ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Τηλ 6976808045& 210-2816746

**12.ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΡΝΕΙΤΑΙ
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ**

**ΕΙ ΝΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ
ΓΟΝΚ «ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»**

ΕΠΙΘΕΤΟ..... ΟΝΟΜΑ.....

ΑΜΚΑ.....ΗΓ.....

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ.....ΚΛΙΝΙΚΗ.....

Hb		Ferritin	
WBC		B12	
PLT		Φυλικό	
APTT		ΔΕΚ	
PT		RET-HE	
INR		IRF	
Fibrinogen			

Διαγράψτε αναλόγως

A. Δεν χρήζει βελτιστοποίηση Αιμοσφαιρίνης προεγχειρητικά	ΝΑΙ	ΟΧΙ
--	------------	------------

B. Χρήζει βελτιστοποίηση Αιμοσφαιρίνης προεγχειρητικά	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Συζήτηση με τον Υπεύθυνο Θεράποντα Ιατρό	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Απαιτείται χορήγηση rEPO *	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Απαιτείται χορήγηση σιδήρου *	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Απαιτείται χορήγηση B12 ή/και φυλικού*	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Απαιτείται λήψη εξετάσεων σε παιδιατρικά σωληνάρια		

*Ιδε οδηγίες χορήγησης (παράγραφος 6.)

Γ. Αδύνατη η βελτιστοποίηση Αιμοσφαιρίνης προεγχειρητικά	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ανέφερε τους λόγους		
Δ. Απαιτείται σύσκεψη της ομάδας ΒΕΔΑ για τρόπο αντιμετώπισης	ΝΑΙ	ΟΧΙ

ΙΑΤΡΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....