

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott.....szül.:.....TAJ:.....

anyja n.:.....Lakhely:.....

beleegyezem, hogy hozzátartozóm részére perifériás, mononuclearis sejteket vegyenek le tőlem feretizáló gép segítségével.

Tudomásul veszem, hogy előtte 5 napig az őssejteket stimuláló gyógyszert kell kapnom, vénás vagy bőr alatti injectio formájában.

Tudomásul veszem, hogy az őssejt stimuláló gyógyszer adásával kapcsolatosan ritkán mellékhatások lépnek fel. Ezek a következők: láz, csontfájdalom, az injectio helyén bőrpír. Az irodalomban igen ritkán, a sejtek nagyfokú növekedése miatt agyi keringési zavart is leírtak.

A sejteket gép segítségével veszik le, úgy hogy egy vénán keresztül a vér a gépbe áramlik.

Vállalom a gyógyszeres őssejt stimuláció kezelés, az előzőekben leírt mellékhatásait, és minden olyan mellékhatást, amelyik eddig még a kezeléssel az irodalomban le nem írt, illetve nem fordult elő.

Ezen nyilatkozatot önként teszem.

Dátum:.....

.....
a beavatkozást végző orvos

.....
nyilatkozat tevő

Tanúk:

.....