

輸血療法説明同意書(同種血/自己血)

- * この同意書は緊急時を除き、患者さんご本人またはご家族等に対し、特定生物由来製品を使用する前に作成します。
- * この同意書は、患者さんが今回同意されました疾患の治療が終了するまで有効といたします。
- * 同意署名を頂いたものを原本とし患者さんに渡します。コピーを電子カルテにスキャン取り込みします。

広島大学病院長 殿

私はこのたび、下記の項目について説明を受け、わからない点について質問する機会も得て、内容を十分理解いたしました。

1. 治療に関し輸血が必要なこと、また予定される輸血の種類と量

(該当製剤の口にチェックを入れて、予定される輸血量を必ず記入)

<input type="checkbox"/> 赤血球製剤	単位	・	ml	<input type="checkbox"/> 血小板製剤	単位
<input type="checkbox"/> 新鮮凍結血漿	単位			<input type="checkbox"/> 自己血	単位
<input type="checkbox"/> その他	_____				

- 輸血により予測される効果および危険性(副作用)
- 輸血しない場合の危険性及び代替療法の有無
- 輸血による肝炎ウイルス(HBV, HCV など)やエイズウイルス(HIV)などの感染の可能性と輸血前後にこれらの感染症検査を受けることについて
- 原料の血液を調査する必要性が生じた場合、法律に基づき日本赤十字社に対して使用状況を報告する必要があること、またそのために輸血前の血液を約1年間保管することについて
- 自己血(希釈式、回収式、貯血式を含む)では、採血量や貯血量より多い出血が起きた場合は同種血が必要になること、また不要な場合は廃棄されること
- 使用することに同意した後も、申し出により随時同意撤回できること、またわからない点、不明な点があれば、いつでも質問して説明を受けられること

したがって私は、「輸血の実施及び輸血に関連した処置・措置を受けること」及び「輸血前と輸血後3ヶ月後に、HBV, HCV, HIVの検査を受けること」に同意いたします。

登録No.: @PATIENTID 氏名: @PATIENTNAME 生年月日, 性別: @PATIENTBIRTH @PATIENTSEXN

同意日 平成 年 月 日

患者署名: _____ 代理人(家族等)氏名: _____ (続柄: _____)

* 患者さんが未成年、または署名できない場合は、代理人が患者署名欄に患者氏名を記入し、かつ代理人欄に代理人名を署名してください。

説明日 平成 年 月 日 説明者: _____ 診療科: _____ 科(医師・歯科医師)

【本同意書が事前に得られない場合】(該当項目の口にチェック又は理由を記載)

- 緊急の使用が必要で、同意書を得る時間的余裕がない
- 家族等との連絡がとれない
- その他: _____

記入いただいた個人情報は、医療の提供のために用います。なお、取り扱いについては厳重なる管理に努めます。