

輸血をする際に、説明し、理解と同意をえるためのものです。

輸血同意書

輸血療法を行うにあたり、以下の事項を説明します。

年 月 日

担当医師

1. 輸血の必要性について

- ☐ 薬剤で治療不能な貧血の改善
☐ 血液凝固因子の補充
☐ 血小板数減少による出血の防止
☐ その他 (

- ☐ 出血による貧血の改善
☐ 手術時における出血への対応
☐ 自身で必要な血液成分を作れない場合)

2. 輸血方法および輸血量について

- ☐ ①全血製剤 ☐ ②自己血 ☐ ③赤血球製剤 ☐ ④血小板製剤
実施予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日
予定使用量 およそ 単位, 単位
(1単位量: 全血・赤血球製剤 約200mL, 血小板製剤 20mL)

3. 輸血に関連する検査等について

- ①輸血前には必ず供血者と患者さまの血液型が適合するかどうかの検査を行います(全血・赤血球製剤の場合)。
②輸血前後において、赤血球数・血小板数・肝機能・腎機能・感染症等の検査を必要に応じて行います。
③輸血後、概ね2カ月後にHIV抗体検査を行う予定です。

4. 輸血の副作用について

- ①供血者の血液は、事前に日赤で感染症(肝炎・HIV・成人T細胞性白血病・梅毒等)について検査しており安全性もかなり高くなっていますが、これらを100%除外することはできません。
②免疫機能(抵抗力)が低下している患者さまは、まれに細菌またはウイルス感染を引き起こすことがあります。
③自分以外の血液成分が体内に入りますので、さむけ・ふるえ・発熱・湿疹等が起こる場合があります。まれに、重篤になる場合があります。
④非常にまれに輸血後GVHD(移植片対宿主病)を発生する場合があります。
⑤その他 (

5. その他の留意点について

- ①治療中の経過によっては、上記の輸血量が増減する場合があります。
②予定された手術の場合、病状によっては自己血輸血が可能です。
③その他 (

院長殿

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け十分に理解しましたので、必要な治療方法として輸血を受けることに同意しました。

年 月 日

患者氏名 印

代諾者名 印 (*患者の署名がある場合は不要です。)