

① 輸血療法の説明書(同種血・自己血)

患者 I D _____

患者氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明年月日 _____

徳島大学病院 _____ 科

説明医師氏名 _____ 印

同席者氏名 _____ 印

1. 輸血療法

輸血が必要な理由をマルで囲みます。(※記載必須)

手術・処置 貧血・出血 血小板減少 凝固因子低下 血漿交換
その他(_____)

輸血を行わない場合の危険性として

赤血球が不足した状態が続けば酸素の運搬能力が低下して、生命に危険が及ぶことがあります。

血小板や凝固因子が不足すれば出血傾向を生じ、時には重篤な状態になることがあります。
その他(_____)

2. 輸血の種類と予定輸血単位数を記入します(※記載必須)

- ・手術時(前後含む)は手術状況に応じて最適な医療を行うため、必要な血液製剤の種類や単位数が変更される可能性があります。
- ・病状により反復投与することがあります。

赤血球製剤	_____	単位
血小板製剤	_____	単位
新鮮凍結血漿	_____	単位
自己血	_____	mL

- ・大量出血時には新鮮凍結血漿を院内で無菌的に濃縮調整したクリオプレシピテート製剤を使用することがあります。
- ・担当医の判断でご自身の血液型と異なる血液型(臨床的に適合)の輸血を行うことがあります。

3. 輸血後副反応の種類及び発生率

- ・ 蕁麻疹等のアレルギー反応や発熱、呼吸困難、血圧低下等

アレルギー 1/1,600～1/12,000

血圧低下、呼吸困難 1/35,000～1/82,000

- ・ 輸血後感染症

B型肝炎：1/74万～1/160万 C型肝炎：1/2300万以下 HIV感染症：1/8400万以下

※ その他未知のウイルス感染症の可能性もあります。

- ・ 輸血関連急性肺障害 (TRALI)、輸血関連循環過負荷 (TACO) 1/11万～1/160万

- ・ 頻回の赤血球輸血による、体内の鉄沈着 (ヘモジデロシス)

4. 輸血に関連する検査

- ・ 血液型、不規則抗体検査、交差適合試験等安全な輸血に必要な検査を実施します。

- ・ 輸血後感染症が疑われた場合は、各種感染症検査を実施します。

5. 血液の保管

輸血による感染症が疑われた場合、輸血が原因であることが証明できれば「生物由来製品感染等被害救済制度」の適用が受けられるため、一定期間毎の輸血前血液を2年間保存します。

6. 自己血

貯血式自己血は、貯血前に書面にて詳細説明をさせていただいております。

不要になった自己血は廃棄します。

7. 他の治療選択肢について

輸血療法を行わなかった場合、他の治療選択肢に関しては担当医にお聞きください。

8. 同意の撤回について、その他

分からないことや心配に思うことがありましたらいつでも遠慮なく担当医にお尋ねください。この治療を受けるかどうかは、説明を聞いていただいた後、最終的には患者さんご自身で決めていただくことになります。どのような決定をされたとしてもあなたに不利になることはありません。何らかの理由で輸血療法を続けたくないと思った場合には、途中で治療をやめること、同意を撤回することも可能です。

② 輸血療法の同意書(同種血・自己血)

患者 I D _____

患者氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 月 日

_____ 年 月 日

徳島大学病院 _____ 科

説明医師氏名 _____ 印

同席者氏名 _____ 印

徳島大学病院長 殿

私は、担当医師から現在の疾病に関して、別紙の「①輸血療法の説明書」に沿って説明を受け、実施を予定された治療方法の内容と問題点及び必要性が理解できました。質問する機会があり、十分に納得できましたので、理解した上で輸血を受けることに同意します。

同意年月日： _____ 年 月 日

患者氏名： _____ 印

患者代理人(代諾者)： _____ 印

(続柄：患者の _____)