

輸血用血液製剤と血漿分画製剤に関する同意書

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明担当医 _____

私の治療に輸血用血液製剤または血漿分画製剤が必要である（または必要になる）可能性の説明を受けました。また、別紙の説明書により以下の項目の説明を受けました。

1. 輸血の必要性、実施しない場合の危険性、代替療法の可能性
2. 輸血に伴う危険性（副反応）
3. 医薬品副作用被害救済制度と生物製剤由来製品感染症等被害救済制度について
4. 輸血時に必要な検査と検体保管
5. 投与記録の保管と遡及調査時の使用
6. 輸血後の注意点
7. 同意撤回の自由

予定される輸血用血液製剤・血漿分画製剤の種類と量は以下のとおりです。（単位・バッグ・mL等に○）
なお、病状の変化によって予定される使用量の変更や、他の種類の製剤が使用されることがあります。

赤血球製剤 _____ 単位・バッグ
血小板製剤 _____ 単位・バッグ
血漿製剤 _____ 単位・バッグ

自己血輸血 _____ mL

アルブミン製剤 _____ mL・g
グロブリン製剤 _____ mL・g

凝固因子製剤 【種類： _____】 _____ mL・g・単位
その他の血漿分画製剤 【種類： _____】 _____ mL・g・単位

〇〇 病院長殿

私は、輸血治療の必要性と危険性につき説明を受け、十分に理解したうえで、輸血用血液製剤・血漿分画製剤の使用による治療に同意いたします。

患者様氏名 _____

代理人氏名 _____ (患者様との関係 _____)