

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

ID : 氏名

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. 輸血療法と使用される主な製剤の種類
2. 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
3. 輸血に伴う危険性（副反応）
4. 医薬品副作用被害救済制度・生物製剤由来製品感染症等被害救済制度について
5. 輸血に必要な検査と輸血前検体の保管
6. 投与記録の保管と遡及調査時の使用
7. 輸血後の注意点
8. 緊急輸血と同意撤回について

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
------------	------	---	---------

医療法人 川崎病院長殿

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

）