

輸血療法 に関する説明書・同意書

患者氏名 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

説明日時： 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

説明を行った場所： \_\_\_\_\_

説明を受けた人 (患者本人・ \_\_\_\_\_)

主に説明を行った者 \_\_\_\_\_

同席者 \_\_\_\_\_

1. 診断名（疑われる病名）または病態名  
貧血、血小板減少、凝固因子障害など

2. 病状の説明  
下記の原因により血球の減少や蛋白成分の変化をきたした状態

3. 輸血療法の目的・必要理由  
輸血療法とは血液中の各成分の機能や量が低下したときに、その血液細胞や成分を最低限必要な状態まで改善することを目的とした補充療法です。下記の6.に示したリスクと比較して有益性が上回ると判断した場合に輸血を行います。

4. 輸血療法の実施日・期間、場所、内容

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

場所 \_\_\_\_\_

内容 \_\_\_\_\_

準備する輸血製剤名および予定する使用量：

ABO 型 (            ) ・ Rh 型 (            )  
赤血球製剤 (    単位)  
血小板製剤 (    単位)  
血漿製剤 (    単位)  
クリオ製剤 (    単位)

5. 輸血療法により期待される効果と限界

赤血球輸血は貧血の改善、血小板輸血は血小板減少による出血傾向の改善、新鮮凍結血漿およびクリオ製剤は凝固因子不足による出血傾向の改善、新鮮凍結血漿は異常な蛋白の除去などに効果が期待できます。

補充によっても出血量が多い場合や病気の勢いが早い場合などは、効果が得られないことがあります。

6. 輸血療法に伴う有害事象（副作用）、危険性とその対応について

- ・ **感染症**：日本赤十字血液センター由来の血液製剤は、梅毒、B・C型肝炎、HIV（エイズウイルス）等の検査を行っていますが、感染の可能性が全くないわけではありませぬ。全国で年間数例程度の輸血後感染例が報告されています。
- ・ **アレルギー反応**：血液細胞や血漿タンパクなどに対する免疫反応等により発熱（5%）、蕁麻疹（2%）、喘息（0.2%）、ショック状態（0.01%）などが報告されています。
- ・ その他、輸血関連急性肺障害や輸血関連循環過負荷（頻度不明）などが起こりえます。
- ・ 最小必要量の輸血で対応します
- ・ 輸血後移植片対宿主病予防のため、原則として放射線照射血液を使用します。
- ・ **自己血輸血が可能な場合**、患者さんの同意が得られれば自己血輸血対応を行います。  
手術中に自己血だけで足りなくなった時には献血された血液で対応します

7. 代替可能な医療行為について

薬剤やアルブミン製剤等により一時的には対処可能なことがありますが、効果が限定的な場合があります。

8. 輸血療法を行わなかったときに予想される経過

貧血・血圧低下（ショック）・出血などの症状を起こすことがあります。

9. 患者の特性による問題点、その他

**輸血前後の感染症検査について**

・血液製剤が適正に使用されたにも関わらず、その製品が原因で感染症にかかった時は健康被害の程度により救済される制度（生物由来製品感染等被害救済制度）があります。この制度で救済を受ける場合、輸血前後の感染症検査が必要になります。

・輸血前に肝炎（B型・C型）、HIV感染の検査を行います。長期に継続して輸血される場合は一定期間毎（約3ヵ月）に必要な応じた検査を行います。

・これまでは輸血3ヶ月後に感染症検査を実施するように指導されておりましたが、製剤の安全性が向上したことにより医師が必要と判断した場合に輸血後検査を実施することとなりました。

治療後に当院から転院する場合は担当病院へ情報提供を行います。体調不良などが出現した場合は患者さんご自身でも輸血歴があることを申告し、必要があれば感染症を含めた検査を受けていただくようお願いいたします。

・遡及調査（輸血後感染症の調査）に対応するため、原則として輸血前（約1週間以内）の血液を一定期間保存します。また、投与記録は20年間保管し遡及調査時に使用します。

・超緊急時で血液型検査結果が出ていない時、大量に輸血が行われ院内の同型血が無くなった時は、異型適合血（O型赤血球、AB型血小板・新鮮凍結血漿）で対応します。

その他

---

---

---

輸血療法を受けるか受けないかは、ご自身の自由な意思で決めることができます。主治医やご家族等の信頼している方に相談されるなどして、よくお考えの上、ご自分の意思で決めてください。他院の医師の意見を聞く機会をもつこと（セカンドオピニオンといいます）も可能ですので、その際はお申し出ください。この検査・治療を受けるか受けないかを、ご自身で決定できない場合、ご家族等の信頼できる人に委ねることもできます。その場合、主治医やご家族等で十分に話し合い、あなたにとって最善の方針をとっていきます。

仮にこの輸血療法を受けられなくても、その後の診療において何ら不利益を受けることはありません。また、一旦、この輸血療法を受けることに同意した後でも、いつでも自由に当該の輸血療法を受けることを取り止めることができます。その場合でも、ご自身は何ら不利益を受けることはありません。

説明日                      西暦                      年                      月                      日

説明者                      診療科 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

私は上記の説明文書に則って、説明を受け、内容を理解しましたので、輸血療法を受けることに同意します。

西暦                      年                      月                      日

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

代諾者 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ (本人との関係 : \_\_\_\_\_ )