

別表2 在宅輸血に関する説明と同意書

私は、患者(_____ 患者番号 _____)の在宅輸血の実施について、次の通り説明いたしました。

年 月 日 _____ 診療所 医師氏名 _____ 印

在宅輸血の対象

診療所、病院に通院することが身体的または社会的に困難で、かつ輸血により生活の質を保てる方、慢性的な貧血などが対象となります。輸血副作用はないか、少ない方が望ましく、以下の条件を満たす必要があります。

一般的な輸血の説明を受け、十分に理解している

在宅での家族あるいは介護者のサポートがある

(訪問看護と連携していることが望ましい)

例: 脳梗塞で在宅療養中の骨髄異形成症候群(造血障害)による強い貧血

在宅輸血の欠点

・診療所、病院での輸血に比較して、輸血中、輸血後の観察が不十分になる可能性があります。

・副作用発生時などの緊急事態には、迅速な対応ができません。

・活動的な出血に対する緊急輸血には対応できません。

在宅でない場合

・診療所、病院に通院にて外来輸血あるいは入院輸血を受ける選択肢があります。また、在宅輸血の同意撤回は自由です。担当医と十分相談してください。

_____ 診療所 殿

私は、在宅輸血の対象条件、その欠点について説明を受け十分理解いたしました。在宅療養に必要と考えますので、在宅で輸血を受けることに同意いたします。

年 月 日 患者氏名(署名)

代理人(署名)

(続柄)