

(図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あるいは社会的に困難である。
 - ・輸血により生活の質を保つことができる。
 - ・慢性的な貧血状態である。
 - ・輸血有害事象がないか、少ない。
 - ・以下の条件を満たす。
 - 一般的な輸血の説明を受け、十分に理解している。
 - 輸血開始から終了後、翌日まで患者のそばで病状を観察できる付添人がいる。
- 在宅輸血の欠点
 - ・診療所、病院で実施する輸血と比較して、輸血中、輸血後の観察が不十分になる可能性がありますので、不利益を被るリスクが高くなります。
 - ・有害事象発生時などの緊急事態には、迅速な対応ができない場合があります。
 - ・大量の出血が持続している状態には対応できません。
- 在宅輸血以外の方法
 - ・診療所、病院に通院して実施する外来輸血あるいは入院して実施する輸血を受ける選択肢があります。
- 在宅輸血の同意撤回
 - 在宅輸血の同意撤回は自由です。同意を撤回された場合でも最善の治療を行います。

(医療機関施設長) 診療所長 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、在宅での輸血することに同意いたします。

年 月 日 患者氏名(署名)

代諾者(署名)

(続柄)