

周邊血液幹細胞輸注同意書

本人_____同意接受嘉義基督教醫院周邊血液幹細胞保存庫之幹細胞輸注治療。也願意承擔可能帶來之一.副作用：包括過敏反應、急性肺病變、循環超載、細菌或病毒感染、移植反宿主疾病等；二.移植不良反應症狀：包括發燒、發冷、寒顫、噁心、抽筋、肢體末端麻痺、黃疸、胸痛、輸注處痛或變紅、全身痛、出血傾向、尿量變少或無、昏迷、呼吸困難、紫斑、血色尿（血紅素尿）等。

您的權益：

- 1.本同意書僅針對本次治療期間之幹細胞輸注給予同意。
- 2.幹細胞輸注前，您有權利隨時撤回或中止此同意書。
- 3.您已受到『人體器官保存庫管理辦法 第十三條 機構及其保存庫人員，因職務或執行業務知悉或持有他人秘密，不得無故洩露』條文之保護。
- 4.輸注過程中醫療人員會監測您的生理狀況，若發生任何不良反應將即時為您處理。
- 5.若有任何疑問可隨時與您的主治醫師或保存庫（血庫）連絡。

保存庫聲明：

- 1.本保存庫執行之業務均依照衛福部相關條例為之。
- 2.當立書同意人無法行使本同意書權益時，得由法定代理人行使之。

立書同意人簽名：_____ 身份證號碼_____

法定代理人簽名：_____ 身份證號碼_____

與病友關係：_____ 連絡電話：_____

中華民國_____年_____月_____日