

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院  
自體輸血申請/同意書

一、自體輸血申請評估

病人姓名 \_\_\_\_\_ 病歷號碼 \_\_\_\_\_

身份證字號 \_\_\_\_\_ 血型 \_\_\_\_\_

最近一次血色素檢查結果 \_\_\_\_\_g/dl 報告日期 \_\_\_\_\_

申請醫師已進行評估，目前病人健康狀況適合進行自體輸血流程

申請醫師簽章 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

二、自體輸血須知與風險說明

自體輸血流程是手術前 2~3 禮拜預先採集您的血液，在手術或治療期間視需求再輸回您體內，雖然能避免異體輸血的風險，但仍有下列要點與潛在限制：

- 1.即使身體健康狀況良好，若經血庫醫檢師評估血管條件不適宜採血，仍有可能終止自體輸血申請。
- 2.採血過程中可能會有失敗風險，捐血者也可能發生不良反應(如頭暈、暈厥、迷走神經反應等)。
- 3.本流程只提供全血之捐/輸，適當環境條件下全血可存放 35 天，若在院治療期間血袋未輸用，逾期後本院將進行銷毀。
- 4.血袋保存期間若發生汙染或破損，導致不適輸用，血庫醫檢師將通知主治醫師並銷毀血袋。
- 5.自體輸血流程是為非緊急開刀者/小量輸血者設計，若治療期間輸血量比預期還大(超過 2U)，仍然有可能輸用到異體血。
- 6.若手術日期改變或延期，需重新再對捐血者作評估及重新簽具自體輸血申請/同意書。

三、同意人簽署

本人已了解上述自體輸血之各項資訊、風險及限制，並同意進行自體輸血流程，立書同意人 \_\_\_\_\_ 身份證號 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

預定採血時間 \_\_\_\_\_

血庫承辦醫檢師 \_\_\_\_\_

血庫醫師 \_\_\_\_\_