

病歷號:		<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 床號
姓名:		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生:	年 月 日	

輸血同意書

本同意書闡述輸血之治療效益、風險及替代方案，同意書有效期間自簽具日期開始計算半年內，請您在簽名前聽取醫師說明並仔細閱讀內容。醫師會根據您病情選擇適當血品與數量進行輸血，在輸血過程中，護理人員會監測您的生理狀況，若發生任何不良反應會即時為您處理。

疾病名稱：_____

輸血原因：貧血血小板減少/功能不足凝固因子不足手術出血其他_____

輸血治療效益

- 1.全血：補充血液流失
- 2.濃縮/洗滌紅血球血品：治療血色素不足之貧血症狀
- 3.血小板血品：治療血小板減少或功能不足之出血問題
- 4.血漿血品/冷凍沉澱品：矯正凝固因子不足之凝血障礙症狀
- 5.白血球：治療白血球低下併有嚴重感染且抗生素治療無效者

輸血風險

約有 1%左右的病人會有非傳染性疾病的輸血不良反應，常見的症狀包括發燒、寒顫、過敏反應(紅疹、癢)、呼吸困難等。較嚴重的輸血反應及疾病感染發生率大約如下所示：

溶血反應 $\leq 1/10,000$	細菌感染 $\leq 1/2,000\sim 15,000$	過敏性休克 $\leq 1/20,000\sim 50,000$
急性肺病變 $\leq 1/5,000\sim 100,000$	病毒性肝炎 $\leq 1/30,000$	T 細胞病毒感染 $\leq 1/250,000$
愛滋病感染 $\leq 1/1,400,000$	移植反宿主疾病：極端罕見	

不輸血風險

血色素過低容易造成組織供氧不足，缺乏血小板或凝固因子容易造成凝血功能障礙，上述狀況皆有可能導致病人心腦等重要臟器之永久性損害。

輸血替代方案

目前並沒有能完全取代人類血液的替代品，但若病人經評估身體情況許可且預估輸血量 $\leq 1U$ (約 250 ml)者，可選擇在手術前二至五週，收集病人自己的血液供手術中或術後使用。

說明醫師簽名：_____ 西元 _____年____月____日____時____分

病人之聲明

- 1.醫護人員已向立同意書人(以下簡稱我)說明關於輸血治療對病人的效益，以及輸血/不輸血可能的風險及其他可供選擇之醫療替代方法，我亦詳閱/了解上述之事項。
 - 2.我有機會提出輸血治療之相關問題，並已得到醫護人員之解答。
 - 3.我了解這份同意書是針對治療期間的輸血給予同意，並願意承擔輸血的風險及其後果。
- 我同意輸血治療 我不同意輸血治療，願意接受拒絕輸血治療對病人造成的危險。

立同意書人簽名：_____ 身分證號：_____

與病人之關係：本人配偶父母子女兄弟姊妹親友其他_____

西元 _____年____月____日____時____分

附註：醫療法 64 條進行中央主管機關規定之侵入性檢查或治療(此處指輸血行為)需簽具同意書後，始得為之。但當病人病況危急，在不違反醫療上必要之注意義務且不逾越合理臨床專業裁量下(醫療法 82 條)未簽具同意書即進行輸血，屬業務上之正當行為，不罰(刑法 22 條)。