

수혈 동의서

병록번호

성명

성별/나이

생년월일

진료과

병동/병실

아래 설명을 듣고 이해하신 후 수혈 동의서에 서명하여 주시기 바랍니다. 설명이 불충분하거나 이해가 되지 않는점이 있으시면 설명의사에게 질문하여 주시기 바랍니다.

* 수혈동의서 작성 주의사항

입원환자는 입원기간 중 최초 수혈 시행 전, 수술환자는 수술 전에, 외래 환자는 최초 수혈 시 그리고 각각의 치료주기 개시전에 1회 수혈동의서를 받는다.

■ 참여 의료진

소속과 :

이름 :

시행예정일 :



■ 환자의 현재 상태 및 과거병력

환자 진단명 :

☐ 고.저혈압

☐ 당뇨병

☐ 알레르기

☐ 특이체질

☐ 출혈소인

☐ 심장질환

☐ 신장질환

☐ 호흡기질환

☐ 마약중독

☐ 약물사고

☐ 기도이상

☐ 흡연

☐ 복용약물

()

☐ 기타 ()

■ 환자분은 다음과 같은 이유로 수혈이 필요합니다.

☐ 혈액량 부족(출혈 또는 출혈이 예상되는 수술)

☐ 빈혈 교정

☐ 혈소판 보충

☐ 응고 인자 보충

☐ 기타 :

등의 사유로 수혈이 필요합니다.

■ 환자분에게 수혈되는 혈액제제 종류 및 치료효과입니다.

환자분은

제제를 수혈 받습니다.

혈액제제별 치료효과는 아래와 같습니다.

가. 적혈구 제제 : 혈액량 보충, 빈혈 교정, 산소운반능력 향상

나. 혈소판 제제 : 혈소판 감소 혹은 기능이상에 의한 출혈 증상의 치료 및 예방

다. 혈장제제 : 혈액응고인자 보충 또는 이상 기능을 교정

라. 기타 :

■ 수혈 방법

혈액제제는 수혈전에 정맥주입로를 확보합니다. 그 다음 표준 혈액필터가 장착된 수혈세트를 혈액제제와 연결하여 수혈을 시행합니다.

적혈구제제의 경우, 혈액 1단위당 4시간 이내에 수혈을 마치게 됩니다.

■ 수혈전 안전성을 확인한 혈액이지만 다음과 같은 부작용이 나타날 수 있습니다.

가. 발열, 오한, 오심, 구토, 알레르기, 흉통 등 부작용을 초래 할수 있습니다.

나. 다음과 같은 부작용이 드물게 발생할 수 있습니다.

1) 적혈구의 비정상적인 파괴 등이 발생할 수 있습니다.

2) 빠른 시간 내에 많은 양의 혈액과 수액을 투여 받았을 경우 호흡곤란 등이 발생 할 수 있습니다.

3) 면역반응에 의한 급성 폐손상이 발생할 수 있습니다.

4) 간염(B형 및 C형), 후천성면역결핍증(HIV), 인체T-림프영양성 바이러스(HTLV) 등 수혈전파성 감염 및 기타 병원체로 인한 감염을 완전히

배제할 수 없습니다.

다. 오랜기간 다수의 수혈을 받을 경우 심장, 간 및 내분비장애 등의 합병증이 발생 할 수 있습니다.

*** 수혈과 관련된 부작용이 의심되는 경우 의료진에게 알려주시기 바랍니다. 정부에서는 감염성 질환 등 특정한 수혈 부작용이 발생하였을 경우 혈액관리법에 따라 원인조사를 실시하고 있습니다.**

■ 수혈을 실시하지 않을 경우 발생 할 수 있는 위험입니다.

- * 수혈이 반드시 필요한 상황임에도 수혈을 하지 않을 경우, 산소부족 등으로 인한 뇌손상, 심근손상, 장기부전 등이 발생할수 있으며, 심한 경우 사망에 이를 수도 있습니다. 혈액량을 보충하기 위한 수액치로나 혈액제제, 생성 촉진 약제투여 등 제한적 치료법이 있습니다.

■ 환자분이 수혈 이외에 선택할 수 있는 치료대안입니다.

- * 혈액량을 보충하기 위한 수액치로나 혈액제제 생성 촉진 약제투여 등 제한적인 치료법이 있습니다.

■ 수혈 시 환자가 준수하여야 할 사항

1. 안전한 수혈을 위해 환자(또는 보호자)는 수혈 전 본인 확인 과정에 협조하여야 합니다.
2. 수혈 중 임의로 바늘을 제거하거나 수혈세트를 조작하지 않도록 하며, 문의사항이 있는 경우 의료진에게 알려주시기 바랍니다.
3. 환자는 위에 설명한 수혈이상 반응이 의심되는 증세가 나타나거나 수혈과정에 문제가 생기면 바로 의료진에게 알려야 합니다.
4. 드물지만 수혈이상 반응이 지연되어 발생할 수 있어 수혈 후에도 수혈 이상반응이 의심되는 증세가 나타나면 바로 의료진에게 알려야 합니다.

■ 수혈제제의 변경 및 수혈제제 추가 가능성

- * 환자의 상태에 따라 수혈이 취소될 수도 있으며 수혈되는 수혈제제의 종류가 변경되거나 추가될 수 있습니다. 환자의 치료에 필요한 경우 백혈구가 제거된 혈액제제, 방사선조사 혈액제제, 세척 적혈구 등의 특수한 혈액제제가 사용될 수 있습니다.

■ 수혈 참여 의료진의 변경 가능성

- * 수혈과정에서 환자의 상태 또는 의료기관의 사정(응급환자의 진료, 수혈의(담당의)의 질병 및 출산 등 일신상 사유, 기타 변경 사유에 따라 부득이하게 수혈의(담당의)가 변경될 수 있음을 환자 또는 대리인에게 설명합니다.

■ 본인(또는 보호자)은 다음의 사항을 확인하고 동의합니다.

1. 본인(또는 보호자)은 시행될 수혈의 목적 및 필요성, 혈액제제의 종류 및 치료 효과, 수혈 방법, 수혈로 인한 발생 가능한 문제점 및 부작용, 수혈을 하지 않을 경우 발생할 수 있는 위험, 수혈시 환자가 준수하여야 할 사항, 수혈 이외의 시행 가능한 다른 방법에 대한 설명을 들었습니다.
2. 수혈로 불가항력적으로 야기될 수 있는 합병증 또는 환자의 특이체질로 예상치 못한 사고가 생길 수도 있다는 점을 위 설명으로 충분히 이해하였으므로, 수혈의 합병증 및 후유증 발생의 가능성에도 불구하고 본 수혈을 받을 것을 신청합니다.
3. 수혈에 협력하고, 이 동의서 작성 시 환자의 현재 상태 및 과거 병력에 대해 성실히 고지할 것을 서약하며, 이에 따른 의학적 처리를 병원과 주치의 판단에 위임하여 수혈을 하는데 동의합니다.
4. 의료행위방법의 변경 또는 의료행위 범위의 추가가능성에 대한 설명을 이 의료행위 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.
5. 수혈참여의(담당의)의 변경가능성과 사유에 대한 설명을 이 의료행위 시행 전에 의사로부터 들었음을 확인합니다.

본 수혈동의서는 수혈에 대한 설명과 수혈부작용 등에 대한 안내를 위한 것입니다.

본인(보호자)은 수혈에 대하여 충분히 설명 듣고 이해하였으며, 수혈하는 것에 동의합니다.

작성 일시 :

설명 의사 :

서명

환 자 명 :

서 명

주민등록상의 생년월일 :

집전화 :

주소 :

휴대전화 :

대리인 :

(환자의 :

서 명

주민등록상의 생년월일

집전화 :

주소 :

휴대전화 :

보호자가 서명하게 된 사유 ☐ 환자본인이 보호자에게 동의권을 위임함 ☒ 환자의 신체 정신적인 장애로 인하여 설명내용에 대하여 이해하지 못할것으로 생각됨 ☐ 미성년자로서 설명내용에 대하여 이해하지 못할 것으로 생각됨 ☐ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠것으로 생각됨 ☐ 기타 ☐ 응급상황	보호자 개인정보 수집이용 동의 ☒ 동의함 ☐ 동의하지 않음 서 명 개인정보의 수집 이용 목적 : 환자 상태에 대한 연락 수집하려는 개인정보의 항목 : 전화번호 개인정보의 보유 및 이용기간 : 진료기록의 보유기간과 동일 귀하는 개인정보의 수집 이용에 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부시 환자상태 변화로 인한 긴급한 연락이 되지 않을 수 있습니다. 이점 양지하시기 바랍니다.
--	---

경기도의료원 파주병원장 귀하