

输血 血液制品治疗知情同意书

姓名：吴思之子 性别：男 年龄：0 科别：新生儿科 病房：XS01 住院号：064812

疾病介绍和治疗建议

患者姓名：吴思之子 性别：男 年龄：0 住院号：064812

医生已告知我患有_____，根据病情，需要输注血液（全血或成分血）/血液制品治疗。输血治疗是保证临床有效治疗得以顺利进行的重要措施之一，亦是抢救急、危、重症患者生命的必要手段。

1. 患者基本情况：

- (1) 诊断：_____
- (2) 血型：_____
- (3) 输血史：_____ 妊娠史：_____
- (4) 输血前检查：

ALT____U/L	抗-HCV	HIV
HBsAg	HBsAb	HBeAg
HBeAb	HBcAb	梅毒

2. 拟实施的输血方案：

输异体血	输自体血
输异体+自体血	其他：_____

治疗潜在风险和对策：

在患者接受输血/血液制品治疗前，医护人员有义务和责任向患者明确说明有关输血/血液制品治疗中可能存在的风险。我院为患者提供的血液/血液制品虽经过采供血机构按国家标准进行严格检测，但受到当前科技水平的限制，现有的检验手段不能够完全解决病毒感染的窗口期和潜伏期问题（窗口期是指机体被病毒感染后，到足以被检测出抗体的这段时期。潜伏期是指病原体侵入身体到最初出现症状和体征的这段时期。）因此输入经过检测正常的血液/血液制品，仍有可能发生经血/血液制品传播传染性疾病；同时，可能发生不良反应。

医生告知我，如下输血/血液制品治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容和特殊问题。

1. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括发热、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

2. 我理解此治疗可能发生的风险：

- 1) 过敏反应，严重时可引起休克；
- 2) 发热反应；
- 3) 感染肝炎（乙肝、丙肝等）；
- 4) 感染艾滋病、梅毒；

输血 血液制品治疗知情同意书

姓名：吴思之子 性别：男 年龄：0 科别：新生儿科 病房：XS01 住院号：064812

- 5) 感染疟疾；
6) 巨细胞病毒或 EB 病毒感染；
7) 其他输血不良反应及潜在血源感染；
8) 除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如 _____

3. 我理解治疗后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，除上述风险以外，还可能出现以下特殊并发症或风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

有关输血/血液制品治疗的原因、必要性以及输血/血液制品治疗可能存在的风险和不良反应，医护人员已经向我们详细告知，我们理解，受医学科学技术条件局限，在输血/血液制品过程中上述风险是难以完全避免的。

我_____（“同意”或“不同意”）实施必要的输血/血液制品治疗并自主自愿承担可能出现的风险。若在输血/血液制品治疗期间发生意外紧急情况，_____
_____（“同意”或“不同意”）接受贵院的必要处置。

患者签名_____ 签名日期_____年_____月_____日

身份证号_____ 联系电话_____

通讯地址_____

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名_____ 与患者关系_____ 签名日期_____年_____月_____日

身份证号_____ 联系电话_____

通讯地址_____

医护人员陈述：

我已经告知患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人有关输血/血液制品治疗的原因、必要性以及输血/血液制品治疗可能存在的风险和不良反应，并解答了关于输血/血液制品治疗相关的问题。

医生签名_____ 签名日期_____年_____月_____日