

DLI（ドナーリンパ球輸注）の採血に関する同意書

（公財）骨髄移植推進財団 殿

1. 私は、DLI採血担当医師 _____（施設名 _____）
より、「DLI採血前のドナーの方へ ～DLIに関する説明書～」にそって下記の事項につ
き説明を受け、了解しました。

- ① DLIの意味および必要性
 - ② 26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 - ③ 採血にあたっての健康チェックおよび採血の手順や手続き
 - ④ 採血量の決定および採血の方法
 - ⑤ 採血に伴うリスクや合併症、緊急処置の必要性と実施並びにその際の補償
 - ⑥ 採血にかかる費用についてドナーの負担は無いこと
 - ⑦ DLI採血日が骨髄または末梢血幹細胞採取日の翌日から起算して2年以内の場合「骨
バンク団体傷害保険」により補償されること
 - ⑧ DLI採血日が骨髄または末梢血幹細胞採取日の翌日から起算して2年を超えた場合、
「骨髄バンク団体傷害保険」により補償されないこと。万が一、ドナーに事故が起
きた場合は、「献血者等の補償に関するガイドライン」に準じ当財団が定めた補償
内容となること
2. 今回の採血により得られたリンパ球の量が患者にとっての一回治療量を上回り、さらに
継続して治療する必要があると患者主治医が判断した場合には、余剰分が凍結保存される
可能性について了解しました。ただし不要になった場合は速やかに廃棄され、治療以外の
目的に使用されないことを了解しました。
3. DLI採血適格基準に該当しない場合は、採血が中止または保留になることを了解しました。
4. 今回の血液の提供後、患者の経過等が知らされないことを了解しました。
5. 患者の経過に関わらずDLI採血依頼は原則として1回限りであること、ただし、まれに2回
目のDLI採血の依頼があった場合は、あらためて意向を確認されることを了解しました。

以上のとおり、私の自発的意思によりDLIのための採血に同意いたします。

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名（自筆署名） _____

（ID 9XXXXXXXXX）