

输血治疗知情同意书

病案号: [REDACTED]

姓名	[REDACTED]	性别	男	年龄	63	科别	普外
主要诊断	消化道出血			输血指征	失血 500ml		
输血前检测结果	ALT 34 u/l	HbeAg	-	Anti-HCV	-		
	HbsAg	-	Anti-HBe	-	Anti-HIV	-	
	Anti-HBs	-	Anti-HBc	-	Anti-TP	-	

☆注明 1: 遵卫生部《临床输血技术规范》要求, 患者输血前必须完善以上检测, 此患者因危重症抢救急需输血治疗, 输血前已抽取血标本送以上检测, 检测结果待报。

主管医师签字: _____ 患者/家属签字: _____ 关系: _____ 签字时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时

☆注明 2: 检测回报结果已向患者或家属交待。

主管医师签字: 王 患者/家属签字: 王 关系: 父子 签字时间: 2012年10月6日5时

尊敬的患者/家属:

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。输血治疗包括输用全血、成分血。在您接受输血治疗前, 医师有义务和责任向您明确说清有关输血治疗中可能出现的风险。如: 发热反应、过敏反应、感染病毒性肝炎、感染爱滋病、梅毒、感染巨细胞病毒及EB病毒、感染疟疾等疾病。

我院为患者提供的血液虽经供血机构按国家规定采用合格试剂进行严格检测, 但受当前科技水平的限制, 仍难以避免因输血所致各种传播疾病或输血不良反应发生。

我明确知道, 基于本人疾病状况及医疗过程中, 医师考虑有必要实施输血, 以达到任何药物无法替代的特殊治疗效果。

以上各项内容已全面了解, 兹同意贵院实行必要的输血治疗。并望医师及相关人员恪尽职守, 若在输血治疗期间发生意外紧急情况, 同意接受贵院的必要处置。

● 患者/家属对输血治疗意见: 同意

患者签字: _____

家属签字: _____

家属与患者关系: 父子

家属联系方式: _____

签字时间: 2012年10月6日5时

● 谈话医师签字: 王

签字时间: 2012年10月6日5时

