

华中科技大学同济医学院附属同济医院

输血治疗同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 49 岁 科室: ICU 住院号: [REDACTED]

输血目的: 补充凝血因子, 止血 输血史: 有/无 无 孕/产 产
输血成分: 红细胞, 血浆 临床诊断: 凝血功能障碍
输血前检查:

ALT: U/L; HBsAg ; Anti-HBs ; HBeAg ;

Anti-HBe: ; Anti-HBc ; Anti-HCV ; Anti-HIV1/2 ;

输血治疗包括输全血、成分血及清蛋白、丙种球蛋白、抗乙肝病毒高效价免疫球蛋白, 是临床治疗的重要措施之一, 是临床抢救急危重患者生命行之有效的有效手段。

但输血存在一定风险, 可能发生输血反应及感染经血传播疾病。虽然我院使用的血液, 均已按卫生部有关规定进行检测, 但由于当前科技水平的限制, 输血仍有某些不能预测或不能防止的输血反应和输血传染病。输血时可能发生的主要情况如下:

1. 过敏反应

2. 发热反应

3. 感染肝炎(乙肝、丙肝等)

4. 感染艾滋病、梅毒

5. 感染疟疾

6. 巨细胞病毒或 EB 病毒感染

7. 输血引起的其他疾病

在您及家属或监护人了解上述可能发生的情况后, 如同意输血治疗, 请在下面签字。

受血者(家属/监护人)签字 [REDACTED]

2019 年 8 月 11 日

医师签字: [REDACTED]

2019 年 8 月 11 日