

# 北京大学第三医院

## 输血治疗知情同意书

病案号: [REDACTED]

姓名:	[REDACTED]	性别:	女	年龄:	68岁	病房:	急诊监护病房
主要诊断	食物中毒						
输血指征	贫血、血小板减少、凝血障碍						
输血前检测	ALT	33U/L		Anit-HBs	50.88		
	HbsAg	0.463 阴性		Anit-HBe	1.330 阴性		
	HbeAg	0.122 阴性		Anit-HBc	0.106 阳性		
	梅毒(RPR)	0.040 阴性		Anit-HCV	0.140 阴性		
				Anit-HIV	0.180 阴性		
拟定输血方式	异体输血						

尊敬的患者:

在您接受输血治疗前,您的医生有义务和责任向您明确说明有关输血治疗中可能出现的风险性。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。

输血治疗中客观存在一定程度的风险性,在输血中及输血后可因此产生的一些情况,如:

- |            |                |
|------------|----------------|
| 1、发热反应     | 5、感染巨细胞病毒及EB病毒 |
| 2、过敏反应     | 6、感染疟疾         |
| 3、感染病毒性肝炎  | 7、其他           |
| 4、感染艾滋病、梅毒 |                |

患者:刘志平 因 贫血、血小板减少、凝血障碍,需接受输血治疗。经医生告知,我院为患者提供的血源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不良反应发生。

以上各项内容已全面了解,兹同意贵院施行必要的输血治疗。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。

同意输血治疗签字:

洽谈输血治疗医师:

患者本人:

患者家属:

与患者关系:

同意签字时间: 2018年 6月 20日 时

不同意输血治疗签字:

患者本人:

患者家属:

与患者关系:

不同意签字时间: 年 月 日 时