

성 명 :
등록번호 :
성별/나이 :
주민등록번호 :

수혈 동의서

아래 설명을 듣고 이해하신 후 수혈동의서에 서명하여 주시기 바랍니다. 설명이 불충분하거나 이해가 되지 않는 점이 있으시면 설명의사에게 질문하여 주시기 바랍니다.

■ 환자분은 다음과 같은 이유로 수혈이 필요합니다.

- 혈액량 부족(출혈 또는 출혈이 예상되는 수술) 빈혈 교정 혈소판 보충 응고 인자 보충
 기타 : _____ 등의 사유로 수혈이 필요합니다.

■ 환자분에게 수혈되는 혈액제제 종류 및 치료효과입니다.

환자분은 _____ 제제를 수혈 받습니다.

혈액제제별 치료효과는 아래와 같습니다.

- 가. 적혈구제제 : 혈액량 보충, 빈혈 교정, 산소운반능력 향상
나. 혈소판제제 : 혈소판 감소 혹은 기능이상에 의한 출혈 증상의 치료 및 예방
다. 혈장제제 : 혈액응고인자 보충 또는 이상 기능을 교정
라. 기타 : _____

■ 수혈전 안전성을 확인한 혈액이지만 다음과 같은 부작용이 나타날 수 있습니다.

가. 발열, 오한, 오심, 구토, 알레르기, 흉통 등 부작용을 초래 할 수 있습니다.

나. 다음과 같은 부작용이 드물게 발생할 수 있습니다.

- 1) 적혈구의 비정상적인 파괴 등이 발생할 수 있습니다.
- 2) 빠른 시간 내에 많은 양의 혈액과 수액을 투여 받았을 경우 호흡곤란 등이 발생할 수 있습니다.
- 3) 면역반응에 의한 급성 폐손상이 발생할 수 있으며 특히 가임기 여성에게 이 부작용이 발생할 경우 임신 시 태아에게 영향을 줄 수 있습니다.
- 4) 간염(B형 및 C형), 후천성면역결핍증(HIV), 인체 T-림프영양성 바이러스(HTLV) 등 수혈전파성 감염 및 기타 병원체로 인한 감염을 완전히 배제할 수 없습니다

다. 오랜 기간 다수의 수혈을 받을 경우 심장, 간 및 내분비장애 등의 합병증이 발생 할 수 있습니다.

※ 수혈과 관련된 부작용이 의심되는 경우 의료진에게 알려주시기 바랍니다. 정부에서는 감염성 질환 등 특정한 수혈부작용이 발생하였을 경우 혈액관리법에 따라 원인조사를 실시하고 있습니다.

■ 수혈을 실시하지 않을 경우 발생 할 수 있는 위험입니다.

수혈이 반드시 필요한 상황임에도 수혈을 하지 않을 경우, 산소부족 등으로 인한 뇌손상, 심근손상, 장기부전 등이 발생할 수 있으며 심한경우 사망에 이를 수도 있습니다.

■ 환자분이 수혈 이외에 선택할 수 있는 치료대안입니다.

혈액량을 보충하기 위한 수액치료나 혈액제제 생성 촉진 약제투여 등 제한적인 치료법이 있습니다.

본 수혈동의서는 수혈에 대한 설명과 수혈부작용 등에 대한 안내를 위한 것입니다.

본인(보호자)은 수혈에 대하여 충분히 설명 듣고 이해하였으며, 수혈하는 것에 동의합니다.

_____년 _____월 _____일
환자(보호자) _____(서명 또는 인)
관 계 _____
설 명 의 사 _____(서명 또는 인)

○○○○○ 병원장 귀하