

# 佛教慈濟醫療財團法人

大林慈濟醫院 斗六慈濟醫院 嘉義慈濟診所

## 輸血治療說明書

病歷號碼：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 床號：\_\_\_\_\_

這份說明書是有關您即將接受輸血治療的效益、風險及替代方案的書面說明，可作為與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份了解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您對輸血治療還有任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答。

病名：\_\_\_\_\_

輸血原因：手術需要 出血 貧血 血小板減少或功能不足  
凝血蛋白因子不足 其它\_\_\_\_\_

### 治療處置：

醫師會根據您病情的考量，選擇血品種類與數量，進行輸血。輸血過程中護理人員會監測您的生理狀況，若發生任何不良反應，請您立即向醫師或護理人員反應，我們會為您及時處理。

### 輸血風險：

輸血可能之副作用：

不良反應種類	發生機率
發燒反應	約百分之一
過敏反應（紅疹、癢）	約百分之一
血量過多	約百分之一
溶血反應	約萬分之一
細菌感染	約二千至一萬五千分之一
過敏休克	約二萬至五萬分之一
急性肺病變	約五千至十萬分之一
因空窗期引起輸血後肝炎病毒感染	約三十萬分之一
因空窗期引起之愛滋病病毒感染	約百萬分之一
輸血後移植體反宿主疾病	罕見，但確切發生機率不清楚
低體溫、低血鈣	罕見，但確切發生機率不清楚

本人（或家屬）已經與醫師討論過輸血治療相關事宜，對醫師的說明都已充分了解，同意施行必要之輸血。

病人自述血型：\_\_\_\_\_

病人（或家屬）：\_\_\_\_\_（簽章）日期：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 時間：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

與病人之關係：\_\_\_\_\_

說明醫師：\_\_\_\_\_（簽章）日期：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 時間：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分