

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
輸血治療說明書暨同意書

輸血治療說明書

病室床號_____ / _____ 科別_____
病歷號_____ - ☐
病人姓名_____ 性別 ☐男 ☐女

一、治療的目的與效益

醫師根據臨床狀況及檢驗數據決定輸血所用的血品及數量。輸注紅血球血品可以改善貧血的症狀。血小板減少者輸注血小板血品，凝血因子缺乏者輸注血漿類血品，可以預防或治療出血。顆粒球缺乏合併嚴重感染者則宜輸注顆粒球。輸血前，您應向醫師請教輸血的原因、益處、風險、及不輸血的危險。

二、治療的方式

輸血係將血品經由輸血器輸注到您的血管內。輸血前中後醫師將視情況決定是否要預防性或治療性給藥、使用何種輸血器、血品是否有必要做某種處理(如：洗滌、照光、使用溫血器)。

三、治療的風險和機率

1. 所有輸血血品都依衛福部規定項目進行篩檢。
2. 約 2% 受血者產生急性輸血不良反應，可能包括非溶血性發燒反應(紅血球 0.5 % 血小板 1-38 %)、急性溶血性輸血反應 (1/38000~70000)、過敏反應產生蕁麻疹或哮喘 (1-3 %)、循環超載 (<1 %)、輸血相關的肺損傷 (1/5000~190000)、低血壓反應 (視臨床情況而定)、過敏休克 (1/20000~50000)、細菌感染 (紅血球 1/250000 血小板 1/37000) 等。
3. 遲發性輸血不良反應少見，包括血鐵沉著 (輸 200 單位紅血球以上)、B 型肝炎病毒感染 (1/220000)、C 型肝炎病毒感染 (1/1800000)、HIV 病毒感染 (1/2300000)、人類嗜 T 細胞病毒感染 (1/2990000)、移植物抗宿主反應 (罕見) 等。

四、輸血的併發症及可能處理方式

出現輸血不良反應應立即停止輸血。核對病人及血品資料。測量血壓、脈搏、呼吸、體溫，觀察尿液顏色。通知醫師處理。

五、輸血可能出現之暫時或永久症狀

皮膚癢、紅疹、發冷、發燒、呼吸困難、血壓升高或降低、頭痛、噁心、嘔吐...等。

六、不實施治療之後果及其他可能代替之方式

1. 嚴重貧血可能使各器官缺氧或衰竭。
2. 血小板過低或有凝血病變，有出血不止的危險。

七、治療的前、中、後注意事項

1. 輸血前，醫院會抽血作必要的檢查，包括驗 ABO 及 Rh(D) 血型。
2. 輸血時，醫護人員會再次詢問您的基本資料以確認身分，也會仔細核對血袋基本資料，並測量您的血壓、呼吸、脈搏、體溫。如果輸血過程中感覺不舒服，要立刻告訴醫護人員！
3. 輸血結束後 24 小時之內，如果感覺不舒服也要告訴醫護人員。
4. 如果您是在門診輸血，回家之後有高燒、呼吸困難、血尿或其他不舒服症狀，應前來急診就醫，並且告知醫師輸血史。

八、健保給付說明

1. 輸血費用包括血品費用、輸血器、配合試驗、技術及處理費等，皆由健保給付。
2. 依衛生福利部規定，受血者僅須自費繳交血品費用的 1%，醫院連同住院/門急診費用收取，將 1% 血品費轉交捐血中心作為愛滋病道義救濟基金。

臺北榮民總醫院 輸血治療同意書

病室床號_____/____科別_____
病歷號_____-____
病人姓名_____性別 ☐男 ☐女

一、擬實施之治療（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 疾病名稱：
2. 輸血原因：☐貧血 ☐血小板缺乏 ☐凝血因子缺乏 ☐手術或外傷失血 ☐其他_____
3. 藥物過敏史：☐無 ☐有 ☐不明；食物過敏史：☐無 ☐有 ☐不明
4. 輸血不良反應史：☐無 ☐有_____ ☐不明：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋輸血治療之相關資訊：
☐ 須進行輸血之原因及過程，不輸血的危險，以及其他替代異體輸血的方法（如：自體輸血、藥物治療）。
☐ 可能發生之輸血反應及症狀（如：發冷、發燒、皮膚癢、紅疹、呼吸困難等），若有不良反應應立即告知醫護人員。
☐ 輸血後數天或數週後，若有黃疸、茶色尿或肝功能異常，或懷疑輸血感染，務必至門診追蹤診療。
2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療問題，並給予答覆：

說明醫師：_____

日期：_____年_____月_____日_____時_____分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，我已瞭解須進行輸血之原因及過程，不輸血的危險，以及其他替代異體輸血的方法。
2. 我已讀過輸血常見問題與不良反應說明，充分瞭解可能發生之輸血反應及症狀；若我有任何不良反應及症狀，會立即告知醫護人員。若發生輸血反應，同意接受必要之緊急處理。
3. 其他_____。

基於上述聲明，我同意必要時進行輸血治療。

立同意書人：_____

關係：病人之_____

住址：_____

電話：_____

日期：_____年_____月_____日_____時_____分

見證人：_____

日期：_____年_____月_____日_____時_____分

附註：

- 一、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
- 二、見證人部分，如無見證人得免填載。

臺北榮民總醫院 輸血治療同意書

病室床號_____/____科別_____
病歷號_____-____
病人姓名_____性別 ☐男 ☐女

一、擬實施之治療（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 疾病名稱：
2. 輸血原因：☐貧血 ☐血小板缺乏 ☐凝血因子缺乏 ☐手術或外傷失血 ☐其他_____
3. 藥物過敏史：☐無 ☐有 ☐不明；食物過敏史：☐無 ☐有 ☐不明
4. 輸血不良反應史：☐無 ☐有_____ ☐不明：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋輸血治療之相關資訊：
☐ 須進行輸血之原因及過程，不輸血的危險，以及其他替代異體輸血的方法（如：自體輸血、藥物治療）。
☐ 可能發生之輸血反應及症狀（如：發冷、發燒、皮膚癢、紅疹、呼吸困難等），若有不良反應應立即告知醫護人員。
☐ 輸血後數天或數週後，若有黃疸、茶色尿或肝功能異常，或懷疑輸血感染，務必至門診追蹤診療。
2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療問題，並給予答覆：

說明醫師：_____

日期：_____年_____月_____日_____時_____分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，我已瞭解須進行輸血之原因及過程，不輸血的危險，以及其他替代異體輸血的方法。
2. 我已讀過輸血常見問題與不良反應說明，充分瞭解可能發生之輸血反應及症狀；若我有任何不良反應及症狀，會立即告知醫護人員。若發生輸血反應，同意接受必要之緊急處理。
3. 其他_____。

基於上述聲明，我同意必要時進行輸血治療。

立同意書人：_____

關係：病人之_____

住址：_____

電話：_____

日期：_____年_____月_____日_____時_____分

見證人：_____

日期：_____年_____月_____日_____時_____分

附註：

- 一、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
- 二、見證人部分，如無見證人得免填載。