

患者氏名：
患者 ID：

输血疗法同意书

如果您同意接受输血疗法，请在下面的栏里签字。

医生使用《输血说明书》向我做了详尽的说明，我已知晓输血疗法及其风险。对下面的“预定输血种类和输血量”中所写的内容也做了确认，同意接受输血疗法。（同意后仍可以随时撤回。）

我也同意根据负责医生的判断取消输血，以及在发生危及生命的紧急情况或治疗过程中认为必须输血时，可根据责任医生判断实施与下面的“预定输血种类和输血量”内容不同的输血疗法。

■ 预定输血种类和输血量

① 输血种类

自体血 红细胞制剂 血小板制剂 新鲜冰冻血浆 其他（ ）

② 输血量：_____ (ml)

同意日：_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者姓名：_____（字母・正楷）

患者签字：_____

住址：_____

代理人等姓名：_____（字母・正楷）

代理人等签字：_____（与患者关系 ）

住址：_____

如果拒绝输血，请阅读下面文章，理解后在下面的签字栏中签字。

虽然医生已向我说明了输血疗法的必要性，但我拒绝接受输血疗法，并对由此产生的后果，不追究责任医生和医院的责任。

签字日：_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者姓名：_____（字母・正楷）

患者签字：_____

住址：_____

代理人等姓名：_____（字母・正楷）

代理人等署名：_____（与患者关系柄 ）

住址：_____

我已向上述签字人做了关于输血疗法的说明。

说明日：_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 科 责任医生：_____ 盖章

我已确认上述患者（或代理人等）在本同意书上签注同意或拒绝实施输血疗法。

确认日：_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 科 责任医生：_____ 盖章

※患者如果是不具备同意能力的未成年人，或因意识障碍、病情等原因无法表示同意和签字，请由监护人、亲权人，或未成年监护人，或亲属等人在上面的代理人等签字栏签字。