

患者氏名：
患者ID：

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

Форма згоди на трансфузійну терапію /Consent Form for Transfusion Therapy/輸血療法に関する同意書

Якщо ви згодні одержати трансфузійну терапію, будь ласка, поставте свій підпис нижче.

/If you agree to receive transfusion therapy, please place your signature below.

/輸血療法に同意される場合には、以下の欄にご署名下さい

Я підтверджую, що лікар ретельно пояснив трансфузійну терапію та ризики, показавши мені форму «Пояснення трансфузійної терапії», і я їх зрозумів/ла. Я також підтвердив/ла вміст «типів і обсягу передбачуваного переливання крові», як описано нижче. Виходячи з цього розуміння, я дозволяю проводити трансфузійну терапію. (Я розумію, що навіть коли я даю згоду на переливання крові, я можу відкликати свою згоду у будь-який час.)

Я також уповноважую відповідального лікаря призупинити трансфузійну терапію або змінити тип трансфузійної терапії, зазначеної в розділі про наведені нижче «типи та обсяг передбачуваного переливання крові», у разі, якщо я перебуваю в небезпечній для життя надзвичайній ситуації, або визначено, що переливання крові має вирішальне значення для лікування.

/I acknowledge that the doctor has thoroughly explained transfusion therapy and the risks, showing me the “Explanation of Transfusion Therapy” form, and I have understood them. I have also confirmed the content of “the types and volume of prospected blood transfusion” as described below. On the basis of this understanding, I authorize the administration of transfusion therapy. (I understand that even if I consent to transfusion, I am free to withdraw my authorization at any time.)

I also authorize the doctor in charge to suspend transfusion therapy or to change the type of transfusion therapy indicated in the section on the following “the types and volume of prospected blood transfusion,” in case I am in a life-threatening emergency or it is determined that a blood transfusion is critical for treatment.

/私は、輸血療法とその危険性について「輸血療法に関する説明書」を用い十分な説明を受け、理解しました。下記の「予定される輸血の種類と量について」に記入された内容についても確認しました。そのうえで、輸血療法を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

また、担当医の判断で輸血療法を中止する場合があること、及び、生命を脅かす緊急事態の場合や治療経過中に輸血が必要と認めた場合に、担当医の判断によって下記の「予定される輸血の種類と量について」に記入された内容とは異なる輸血療法を行うことがあることにも同意いたします。

■Типи та обсяг передбачуваного переливання крові/The types and volume of prospected blood transfusion

/予定される輸血の種類と量について

①Типи/Types/輸血の種類

- Автологічна кров/Autologous blood/自己血 Препарати з червоних кров'яних тілець/Red cell products/赤血球製剤
 Препарат із тромбоцитів/Platelet products/血小板製剤 Свіжозаморожена плазма/Fresh frozen plasma/新鮮凍結血漿
 Інше/Others/その他 ()

②Обсяг/Volume/輸血量：_____ (мл/ml)

Дата згоди/Date of Consent/同意日：

Рік/Year/年

Місяць/Month/月

День/Day/日

Ім'я та прізвище пацієнта/Patient Name

/患者氏名：

(Будь ласка, надрукуйте/Please print/アルファベット・ブロック体)

Підпис пацієнта/Patient Signature/患者署名：

Адреса/Address/住所：

Прізвище та ім'я представника

/Representative Name/代理人等氏名：

(Будь ласка, надрукуйте/Please print/アルファベット・ブロック体)

Підпис представника/Representative Signature

/代理人等署名：

(Зв'язок із пацієнтом/Relationship to the patient/続柄)

Адреса/Address/住所：

患者氏名 :
患者ID :

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

Якщо ви відмовляєтеся від трансфузійної терапії, будь ласка, заповніть наведений нижче розділ, прочитавши наступний уривок і досконально його зрозумівши.

/If you refuse to receive transfusion therapy, please fill out the following section after reading the following passage and understanding it thoroughly.

/輸血療法を拒否される場合には、次の文章を読み理解したうえで、以下の欄にご署名下さい。

Я одержав/ла пояснення про свою потребу у трансфузійній терапії. Я прошу, щоб мій лікар не вводив мені кров чи препарати крові. Я також одержав/ла «Пояснення відмови від переливання крові з релігійних міркувань тощо», описане у доданому документі.

/I have received an explanation about my need for transfusion therapy. I request that no blood or blood products be administered to me by my doctor. I have also received the “Explanation of the refusal of blood transfusion for religious freedom, etc.” as described in the attached paper.

/私は、輸血療法の必要性について説明を受けましたが、輸血療法を受けることを拒否します。別紙のとおり、「宗教的自由等による輸血拒否の説明」を受けました。

Дата згоди/Date of Consent/署名日 : **Рік/Year/年** **Місяць/Month/月** **День/Day/日**

Ім'я та прізвище пацієнта/Patient Name

/患者氏名 : (Будь ласка, надрукуйте/Please print/アルファベット・ブロック体)

Підпис пацієнта/Patient Signature/患者署名 :

Адреса/Address/住所 :

Прізвище та ім'я представника

/Representative Name/代理人等氏名 : (Будь ласка, надрукуйте/Please print/アルファベット・ブロック体)

Підпис представника/Representative Signature

/代理人等署名 : (Зв'язок із пацієнтом/Relationship to the patient/続柄)

Адреса/Address/住所 :

Я пояснив/ла природу трансфузійної терапії людині, яка підписалась вище.

/I have explained the nature of transfusion therapy to the person who signed the above.

/上記署名者に対して輸血療法について説明しました。

Дата пояснення/Date of explanation/説明日 : **Рік/Year/年** **Місяць/Month/月** **День/Day/日**

Відділення/Department/科

Відповідальний лікар/Doctor in charge/担当医 :

Печатка/Seal

Я підтверджую, що пацієнт або його представник погоджується одержувати трансфузійну терапію або відмовляється від неї, підписавши цей документ.

/I have confirmed that the patient or the representative agrees to receive / refuses to receive transfusion therapy by signing this document.

/上記患者（あるいは代理人等）が本文書において輸血療法に同意もしくは拒否されたことを確認しました。

Дата підтвердження/Date of confirmation/確認日 : **Рік/Year/年** **Місяць/Month/月** **День/Day/日**

Відділення/Department/科

Відповідальний лікар/Doctor in charge/担当医 :

Печатка/Seal

患者氏名：
患者ID：

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

* Якщо пацієнт є неповнолітньою особою, котра не здатна давати юридичну згоду, або пацієнт не в змозі дати згоду або підписати через порушення свідомості або хворобу, будь ласка, майте опікуна; особу, що наділена батьківськими правами; опікуна неповнолітнього або члена родини, щоб заповнити розділ для підпису представника вище.

/When the patient is a minor who is incapable of legal agreement, or the patient is incapable of giving consent or signing because of a disturbance of consciousness or disease, please have a guardian, a person in parental authority, a guardian of a minor, or a family member fill out the section for Representative Signature above.

/患者様本人が同意能力のない未成年の場合、または意識障害・病状等により同意・署名が出来ない場合は、上記の代理人等署名欄に保護者、親権者、もしくは未成年後見人、または親族等の方による署名をお願いいたします。

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

Цей український переклад підготовлено під наглядом лікарів, юридичних експертів або інших осіб. Коли будь-яка різниця в тлумаченні виникає через нюансову різницю в суміжних мовах або системах, японському оригіналу надається пріоритет.