

Пояснення відмови від переливання крові та фракціонованих препаратів плазми (специфічних біологічних препаратів) /Explanation of Blood Transfusion and Fractionated Plasma Products (Specific Biological Products) Refusal

/輸血や血漿分画製剤（特定生物由来製品）投与拒否に関する説明書

* Відповідно до політики лікарні ми проводитимемо переливання крові лише в екстрених випадках для порятунку життя пацієнта без його згоди або згоди його/її члена сім'ї або опікуна.

Ми визнаємо і поважаємо наміри та переконання пацієнта, і надаватимемо безкровні ліки, коли це можливо. Однак ми робитимемо переливання крові за надзвичайних обставин, коли переливання є єдиним виходом.

/It is hospital policy that we shall administer blood transfusion in emergency cases to save a patient's life without consent from the patient or his/her family member or guardian.

We acknowledge and respect the patient's intentions and beliefs, and will provide bloodless medicine whenever possible. However, we shall administer blood transfusion in emergency circumstances where a transfusion is the only option.

/当院では救命のための緊急輸血は患者本人や家族親権者の同意がなくても輸血します。

患者の意思を尊重して可能な限り無輸血治療に努力するが、「輸血以外に救命手段がない」事態に至った時には輸血を行うという立場・考え方をとっています。

Підтверджую свої побажання щодо введення препаратів крові та фракціонованих препаратів плазми.
/I confirm my wishes regarding the administration of blood and fractionated plasma products.
/現時点での輸血や血漿分画製剤投与についての意思確認

Пацієнт/Patient/患者本人

(Відмовляюсь/Refuse/拒否する・Не відмовляюсь/Do not refuse/拒否しない)

Підпис/Signature/署名

Родина пацієнта/Patient's family/患者家族

(лише родичі першої або другої лінії/first or second degree relative only² 親等以内)

(Відмовляюсь/Refuse/拒否する・Не відмовляюсь/Do not refuse/拒否しない)

Підпис/Signature/署名

Опікун, якщо пацієнту не виповнилося 18 років/Guardian, if the patient is under 18 years old

/患者が18歳未満の場合、親権者

(Відмовляюсь/Refuse/拒否する・Не відмовляюсь/Do not refuse/拒否しない)

Підпис/Signature/署名

Керівникові лікарні/To the director of the hospital/病院長,

(Назва лікарні/Hospital name/病院名)

На сьогодні я прошу не вводити препаратів крові або фракціонованих препаратів плазми, і надаю свій підпис, як показано нижче. Я одержу пояснення про відмову від переливання крові в даному медичному закладі, і на підставі пояснення вирішу, чи підписувати «Пояснення трансфузійної терапії» та «Форму згоди на трансфузійну терапію».

/As of today, I request that no blood or fractionated plasma products be administered, and give my signature as below. I will receive an explanation about the refusal of blood transfusions at this medical facility, and based on the explanation, I will decide whether to sign both the "Explanation of Transfusion Therapy" and the "Consent Form for Transfusion Therapy"

/現時点で輸血や血漿分画製剤投与を拒否するため、署名したうえで施設の輸血拒否に関する説明を聞きます。そのうえで「輸血療法に関する説明書」および「輸血療法に関する同意書」に署名するか検討します。

Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日

Пацієнт/Patient/患者本人 _____

Родина пацієнта/Patient's family/患者家族

(тільки родичі першої або другої лінії/first or second degree relative only/2 親等以内

Рідство/Relationship/続柄 _____)

(_____)

Опікун/Guardian/親権者

(Якщо пацієнт молодший за 18 років/If the patient is under 18 years old/患者が 18 歳未満の場合)

_____ / _____

Ми надамо необхідну консультацію та лабораторні дослідження тощо, всім пацієнтам, які бажають одержати консультацію та лікування, або тим, кого доставляють до лікарні каретою швидкої допомоги. Після одержання інформованої згоди від пацієнтів ми надамо медичне та хірургічне лікування в найкращих інтересах пацієнтів. **У невідкладних випадках ми можемо проводити екстрене лікування без пояснення процедур пацієнтові або опікунові, щоб врятувати його життя.**

Будь-яке лікування може вимагати переливання крові або введення фракціонованих препаратів плазми. Зокрема, у випадку, коли у пацієнта розвивається геморагічний шок або потрібна операція, швидше за все, буде необхідно екстрене переливання крові, і можуть знадобитися подальші переливання під час та після хірургічної операції.

Наша місія — рятувати життя наших пацієнтів, тому **ми проводитимемо екстрені аналізи, екстрені процедури та екстрене лікування, включаючи екстрене переливання крові, якнайшвидше, незалежно від намірів пацієнта або його/її родини.**

Якщо вищезгадана політика консультацій та лікування накладає психічне навантаження на пацієнта та його сім'ю, ми рекомендуємо пацієнту негайно змінити лікарню. Проте ми консультиватимемо та лікуватимемо пацієнта відповідно до вищевказаної політики до переведення його/її в іншу лікарню.

Якщо пацієнт (або член(и) його родини) подає заяву про порушення кримінальної справи, висуває звинувачення або подає цивільний позов проти нас під час переливання крові, або поліцейська агенція проводить розслідування та висуває звинувачення проти нас, коли переливання крові не було проведено, **ми вживемо необхідних заходів, щоб не покладати вини на лікаря, що доглядає пацієнта, і лікарів, які беруть участь у лікуванні.**

/We shall provide the necessary consultation and laboratory tests, etc. to all patients who wish to have consultation and treatment or those who are brought to the hospital by ambulance. After obtaining informed consent from the patients, we shall provide medical and surgical treatment in the best interest of the patients. **In urgent circumstances, we may perform emergency treatment without explaining the procedures to the patient or a guardian to save his/her life.**

Any treatment may require a blood transfusion or the administration of fractionated plasma products. Particularly in the case where a patient develops hemorrhagic shock or a surgery is required, it is most likely that an emergency blood transfusion will be necessary, and subsequent transfusions may be required during and after the surgery.

It is our mission to save our patients' lives, therefore **we shall perform emergency tests, emergency procedures and emergency treatment including emergency blood transfusions as quickly as possible, regardless of the intentions of the patient or his/her family.**

If the above-mentioned consultation and treatment policy imposes a mental burden on the patient and his/her family, we recommend that the patient change hospitals promptly. However, we shall provide consultation and treatment to the patient in accordance with the above policy until he/she is transferred to another hospital.

If the patient or his/her family member(s) files criminal charges, makes accusations or files a civil suit against us when a blood transfusion is administered, or a police agency conducts an investigation and brings charges against us when a blood transfusion is not administered, **we shall take the necessary measures to prevent placing blame on the doctor caring for the patient and doctors who are involved in the treatment.**

/当院では、診療を希望されて来院された患者や救急搬送された患者に対して、必要とされる診察、検査等を施行し、説明して同意を得たうえで適切と判断される内科的、外科的治療を施行します。しかし、救命のために、患者本人だけでなく家族親権者に説明することなく救急対応をすることもあります。

輸血や血漿分画製剤投与が不要といえる治療はありません。特に、出血によるショックを発症している場合や、手術が必要と判断される場合は、すでに緊急輸血が必要である可能性が極めて高く、さらに術中術後にも輸血が必要になることが考えられます。

当院は救命を使命としている医療施設であるため、院内においては救命のための緊急検査や緊急処置、並びに緊急輸血を含めた緊急治療は患者や家族の意思に関わらず可能な限り早急に施行します。

上記した当院での診療方針が患者や家族の精神的負担になるのであれば、速やかに転院をお勧めします。転院完了までは、上記の当院内の方針で診療対応します。

なお、輸血を行った結果、患者または家族などからの刑事告訴、告発、民事訴訟、又は輸血を行わず警察関係からの捜査、起訴などがあった場合は、主治医または当該治療に関わった医師などに責任が及ぶことがないように病院として対応します。

Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日
Година/Hour/時 Хвилини/Minutes/分

Назва лікарні/Hospital name/病院 _____

Лікар, який надає пояснення/Physician providing explanation/説明医師

Свідок/Witness/同席者 _____

Мені було дано повне пояснення, і я підтверджую свої побажання щодо консультацій та лікування, включаючи переливання крові та введення фракціонованих препаратів плазми у цій лікарні.

I was given a full explanation, and I confirm my wishes regarding consultation and treatment including blood transfusions and the administration of fractionated plasma products at this hospital.

/十分説明を聞いた後の、輸血や血漿分画製剤投与も含め、当院での診療ならびに治療についての意思確認

Пацієнт/Patient/患者本人

(Згоден/згодна мати консультацію та лікування, включаючи переливання крові

/Wish to have consultation and treatment including a blood transfusion/輸血を含め診療を希望する

• Зміню лікарню/Will change hospitals/転院する)

Підпис/Signature/署名 _____

Родина пацієнта/Patient's family/患者家族

(лише родичі першої або другої лінії/first or second degree relative only/2 親等以内)

(Згоден/згодна мати консультацію та лікування, включаючи переливання крові

/Wish to have consultation and treatment including a blood transfusion/輸血を含め診療を希望する

• Зміню лікарню/Will change hospitals/転院する)

Підпис/Signature/署名 _____

Опікун, якщо пацієнту не виповнилося 18 років/Guardian, if the patient is under 18 years old

/患者が18歳未満の場合親権者

(Згоден/згодна мати консультацію та лікування, включаючи переливання крові

/Wish to have consultation and treatment including a blood transfusion/輸血を含め診療を希望する

• Зміню лікарню/Will change hospitals/転院する)

Підпис/Signature/署名 _____

Якщо пацієнт бажає мати консультацію та лікування, включаючи переливання крові, будь ласка, підпишіть «Пояснення трансфузійної терапії» та «Форму згоди на трансфузійну терапію».

Якщо пацієнт бажає змінити лікарню, ми підготуємо листа про направлення.

If the patient wishes to have consultation and treatment including a blood transfusion, please sign both the “Explanation of Transfusion Therapy” and the “Consent Form for Transfusion Therapy”.

We shall prepare a referral letter if the patient wishes to change hospitals.

/輸血を含め診療を希望される場合は、「輸血療法に関する説明書」および「輸血療法に関する同意書」に署名してください。

転院される場合は、紹介状を準備します。

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.