

ब्लड ट्रान्सफ्युजन र फ्र्याक्शनेटेड प्लाज्मा उत्पादनहरू (विशिष्ट जैविक उत्पादनहरू) अस्वीकारको व्याख्या

/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

* यो अस्पतालको नीति हो कि हामीले बिरामी वा उसको/उनको परिवारको सदस्य वा अभिभावकको सहमति बिना बिरामीको जीवन बचाउनको लागि आकस्मिक अवस्थामा रगत चढाउने व्यवस्था गर्नेछौं।

हामी बिरामीको नियत र विश्वासलाई स्वीकार गर्छौं र सम्मान गर्छौं, र सम्भव भएसम्म रगतविहीन औषधि उपलब्ध गराउनेछौं। यद्यपि, हामीले आपतकालीन अवस्थामा रक्तक्षेपण मात्र विकल्प हुँदा रक्तक्षेपण गराउने छौं।

/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。

म रगत र खण्डित प्लाज्मा उत्पादनहरूको प्रशासनको सम्बन्धमा मेरो इच्छाहरू पुष्टि गर्दछु।

/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

बिरामी /Patient/患者本人

(असहमत /Refuse/拒否する・सहमत /Do not refuse/拒否しない)

सही /Signature/署名

बिरामीको परिवार /Patient's family/患者家族

(पहिलो वा दोस्रो चरणको नातेदार मात्र /first or second degree relative only/2 親等以内)

(असहमत /Refuse/拒否する・सहमत /Do not refuse/拒否しない)

सही /Signature/署名

संरक्षक, यदि रोगी 18 वर्ष भन्दा कम उमेरको छ /Guardian, if the patient is under 18 years old

/患者が18歳未満の場合、親権者

(असहमत /Refuse/拒否する・सहमत /Do not refuse/拒否しない)

सही /Signature/署名

अस्पतालका निर्देशकलाई /To the director of the hospital/病院長,

(अस्पतालको नाम /Hospital name/病院名)

आज बाट म अनुरोध गर्दछु कि रगत वा अंशयुक्त प्लाज्मा उत्पादनहरू प्रशासित नगर्नुहोस् र सोहि निमित्त तल हस्ताक्षर गर्दछु। मैले यस चिकित्सा सुविधामा रक्तक्षेपण अस्वीकार गर्ने बारे स्पष्टीकरण प्राप्त गर्नुछु, र स्पष्टीकरणको आधारमा, म "ट्रान्सफ्युजन थेरापीको स्पष्टीकरण" र "ट्रान्सफ्युजन थेरापीको लागि सहमति फारम" दुवैमा हस्ताक्षर गर्ने कि नगर्ने निर्णय गर्नुछु।

/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。

वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

बिरामी /Patient/患者本人 _____

बिरामीको परिवार /Patient's family/患者家族

(पहिलो वा दोस्रो चरणको नातेदार मात्र /first or second degree relative only/2 親等以内

नाता /Relationship/続柄 _____)

(_____)

संरक्षक /Guardian/親権者

(यदि रोगी 18 वर्ष भन्दा कम उमेरको छ/If the patient is under 18 years old/患者が 18 歳未満の場合)

_____ /

हामीले परामर्श र उपचार गर्न चाहने बिरामी वा एम्बुलेन्सबाट अस्पताल ल्याइएका सबैलाई आवश्यक परामर्श र प्रयोगशाला परीक्षण आदि उपलब्ध गराउने छौं। बिरामीहरूबाट सूचित सहमति प्राप्त गरेपछि, हामी बिरामीहरूको सर्वोत्तम हितमा चिकित्सा र शल्य चिकित्सा उपचार प्रदान गर्नेछौं। **अत्यावश्यक परिस्थितिहरूमा, हामीले बिरामी वा अभिभावकलाई उसको जीवन बचाउनका लागि प्रक्रियाहरू व्याख्या नगरी आपतकालीन उपचार गर्न सकौं।**

कुनै पनि उपचारको लागि रगत ट्रान्सफ्युजन वा प्रयाक्शनेटेड प्लाज्मा उत्पादनहरूको प्रशासन आवश्यक पर्दछ। विशेष गरी बिरामीलाई हेमोरेजिक झटका लागेको वा शल्यक्रिया आवश्यक परेको अवस्थामा, सम्भवतः आपतकालीन रगत ट्रान्सफ्युजन आवश्यक पर्नेछ, र शल्यक्रियाको क्रममा र पछि रक्तक्षेपण आवश्यक हुन सक्छ।

हाम्रा बिरामीको जीवन बचाउनु हाम्रो मिशन हो, त्यसैले **हामी बिरामी वा उसको/उनको परिवारको मनसायलाई ध्यान नदिएँ सकेसम्म चाँडो आकस्मिक रक्तक्षेपण सहित आपतकालीन परीक्षणहरू, आपतकालीन प्रक्रियाहरू र आपतकालीन उपचारहरू गर्नेछौं।**

यदि माथि उल्लिखित परामर्श र उपचार नीतिले बिरामी र उसको परिवारमा मानसिक भार थोपर्छ भने, हामी बिरामीलाई तुरुन्तै अस्पतालहरू परिवर्तन गर्न सिफारिस गर्छौं। यद्यपि, हामीले बिरामीलाई अर्को अस्पतालमा सरेवा नभएसम्म माथिको नीति अनुसार परामर्श र उपचार उपलब्ध गराउनेछौं।

यदि बिरामी वा उसको/उनको परिवारका सदस्य(हरू)ले रगत चढाएको बेलामा फौजदारी अभियोग लगाउँछन्, आरोप लगाउँछन् वा हामी विरुद्ध सिविल मुद्दा दायर गर्दछन्, वा पुलिस एजेन्सीले अनुसन्धान गर्छ र रक्तक्षेपण नभएको अवस्थामा हामी विरुद्ध आरोप लगाउँछ भने, **हामीले बिरामीको हेरचाह गर्ने डाक्टर र उपचारमा संलग्न डाक्टरहरूलाई दोष नपर्न आवश्यक कदम चाल्नेछौं।**

/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。

वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日
घण्टा/Hour/時 मिनेट/Minutes/分

अस्पतालको नाम /Hospital name/病院 _____

व्याख्या प्रदान गर्ने चिकित्सक /Physician providing explanation/説明医師

साक्षी /Witness/同席者 _____

मलाई पूर्ण स्पष्टीकरण दिइयो, र म यस अस्पतालमा रगत ट्रान्सफ्युजन र प्रयाक्शेटेड प्लाज्मा उत्पादनहरूको प्रशासन सहित परामर्श र उपचार सम्बन्धी मेरो इच्छाहरू पुष्टि गर्दछु।

/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

बिरामी /Patient/ 患者本人

(रगत ट्रान्सफ्युजन सहित परामर्श र उपचार गर्न चाहन्छु)

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

• हस्पिटलहरू परिवर्तन गर्न चाहन्छु /Will change hospitals/転院する)

हस्ताक्षर /Signature/署名

बिरामीको परिवार /Patient's family/ 患者家族

(पहिलो वा दोस्रो चरणको नातेदार मात्र /first or second degree relative only/2 親等以内)

(रगत ट्रान्सफ्युजन सहित परामर्श र उपचार गर्न चाहन्छु)

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

• हस्पिटलहरू परिवर्तन गर्न चाहन्छु /Will change hospitals/転院する)

हस्ताक्षर /Signature/署名

संरक्षक, यदि रोगी 18 वर्ष भन्दा कम उमेरको छ /Guardian, if the patient is under 18 years old

/患者が 18 歳未満の場合親権者

(रगत ट्रान्सफ्युजन सहित परामर्श र उपचार गर्न चाहन्छु)

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

• हस्पिटलहरू परिवर्तन गर्न चाहन्छु /Will change hospitals/転院する)

हस्ताक्षर /Signature/署名

यदि बिरामीले रक्तक्षेपण सहित परामर्श र उपचार गर्न चाहन्छ भने, कृपया "ट्रान्सफ्युजन थेरापीको व्याख्या" र "ट्रान्सफ्युजन थेरापीको लागि सहमति फारम" दुवैमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्।

यदि बिरामीले अस्पताल परिवर्तन गर्न चाहन्छ भने हामीले रेफरल लेटर तयार गर्नेछौं।

/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.

in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

यो अङ्ग्रेजी अनुवाद डाक्टर, कानूनविद वा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षणमा तयार गरिएको हो। सम्बन्धित भाषा वा प्रणालीहरूमा सूक्ष्म भिन्नताका कारण व्याख्यामा कुनै भिन्नता उत्पन्न हुँदा, जापानी मूललाई प्राथमिकता दिइनेछ।