

患者氏名 :  
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

## Formulir Persetujuan Terapi Transfusi /Consent Form for Transfusion Therapy/輸血療法に関する同意書

Jika Anda setuju untuk menerima terapi transfusi, silakan tanda tangani di bawah ini.

/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

Saya mengkonfirmasi bahwa dokter dengan hati-hati menjelaskan terapi transfusi dan risikonya dengan menunjukkan kepada saya bentuk "Terapi Transfusi Dijelaskan" dan saya memahaminya. Saya juga telah mengkonfirmasi isi dari "jenis dan volume transfusi darah yang diusulkan" seperti yang dijelaskan di bawah ini. Berdasarkan pemahaman ini, saya mengizinkan terapi transfusi. (Saya mengerti bahwa bahkan ketika saya menyetujui transfusi darah, saya dapat menarik persetujuan saya kapan saja.)

Saya juga setuju bahwa terapi transfusi dapat dihentikan berdasarkan pertimbangan dokter saya, dan bahwa jika terjadi keadaan darurat yang mengancam jiwa atau jika transfusi darah dianggap perlu selama pengobatan, terapi transfusi dapat diberikan secara berbeda dari yang dijelaskan dalam bagian 'Jenis dan jumlah transfusi darah yang direncanakan' di bawah ini berdasarkan pertimbangan dokter saya.

/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可能性があること、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られた場合に、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。

### ■Jenis dan volume transfusi darah prospektif/The types and volume of prospected blood transfusion

/予定される輸血の種類と量について

① Jenis/Types/輸血の種類

- Darah autologus/Autologous blood/自己血  Produk sel merah/Red cell products/赤血球製剤  
 Produk trombosit/Platelet products/血小板製剤  Plasma beku segar/Fresh frozen plasma/新鮮凍結血漿  
 Lainnya/Others/その他( )

② Volume Transfusi/Volume/輸血量 : \_\_\_\_\_ (ml)

Tanggal Persetujuan/Date of Consent/同意日 :

Tahun/Year/年

Bulan/Month/月

Tanggal /Day/日

Nama Pasien/Patient Name

/患者氏名 :

(Silakan tulis dengan huruf balok/Please print/アルファベット・ブロック体)

Tanda Tangan Pasien/Patient Signature/患者署名 :

Alamat/Address/住所 :

Nama Perwakilan

/Representative Name/代理人等氏名 :

(Silakan tulis dengan huruf balok/Please print/アルファベット・ブロック体)

Tanda Tangan Perwakilan/Representative Signature

/代理人等署名 :

(Hubungan dengan pasien/Relationship to the patient/続柄)

Alamat Perwakilan/Address/住所 :

患者氏名 :  
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

**Jika Anda menolak untuk menerima terapi transfusi, silakan isi bagian berikut setelah membaca bagian berikut dan memahaminya secara menyeluruh.**

**/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。**

Saya menerima penjelasan tentang kebutuhan saya akan terapi transfusi. Saya meminta dokter saya untuk tidak menyuntikkan saya dengan darah atau produk darah. Saya juga menerima "Penjelasan penolakan transfusi darah karena alasan agama, dll.", Dijelaskan dalam dokumen terlampir.

/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。

**Tanggal Persetujuan/Date of Consent/署名日 : Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal /Day/日**

**Nama Pasien/Patient Name**

/患者氏名 : (Silakan tulis dengan huruf balok/Please print/アルファベット・ブロック体)

**Tanda Tangan Pasien/Patient Signature/患者署名 :**

**Alamat/Address/住所 :**

**Nama Perwakilan**

/Representative Name/代理人等氏名 : (Silakan tulis dengan huruf balok/Please print/アルファベット・ブロック体)

**Tanda Tangan Perwakilan/Representative Signature**

/代理人等署名 : (Hubungan dengan pasien/Relationship to the patient/続柄)

**Alamat Perwakilan/Address/住所 :**

Saya telah menjelaskan sifat terapi transfusi kepada orang yang menandatangani di atas.

/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。

**Tanggal penjelasan /Date of explanation/説明日 : Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Hari/Day/日**

**Departemen/Department/科**

**Dokter yang bertanggung jawab/Doctor in charge/担当医 : Segel/Seal**

Saya menyatakan bahwa pasien atau perwakilan mereka setuju atau menolak untuk menerima terapi transfusi dengan menandatangani dokumen ini.

/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。

**Tanggal Konfirmasi /Date of confirmation/確認日 : Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal /Day/日**

**Departeme/Department/科**

**Dokter yang bertanggung jawab/Doctor in charge/担当医 : Segel/Seal**

患者氏名 :  
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

\* Jika pasien adalah anak di bawah umur yang tidak dapat memberikan persetujuan hukum, atau pasien tidak dapat memberikan persetujuan atau tanda tangan karena gangguan kesadaran atau penyakit, harap memiliki wali; seseorang yang diberkahi dengan hak-hak orang tua; wali atau anggota keluarga anak di bawah umur untuk melengkapi bagian tanda tangan perwakilan di atas.

/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.

Terjemahan Bahasa Indonesia ini telah disiapkan di bawah pengawasan dokter, ahli hukum atau lainnya. Ketika perbedaan interpretasi muncul dari perbedaan benuansa dalam bahasa atau sistem yang berdekatan, bahasa asli Jepang diberikan prioritas.