

患者氏名：  
患者ID：

Português/ポルトガル語

## Consentimento para a transfusão sanguínea /輸血療法に関する同意書

**Caso esteja de acordo com a transfusão sanguínea, favor assinar abaixo.**

/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。

Eu recebi a explicação sobre a transfusão sanguínea e sobre os seus riscos lendo a “Explicação sobre a transfusão sanguínea”, e a entendi perfeitamente. Confirmei também sobre o conteúdo escrito abaixo sobre “Tipo e quantidade prevista para a transfusão sanguínea”. Portanto, eu estou de acordo em receber a transfusão sanguínea. (Mesmo que, uma vez acordado, poderei revogar a qualquer momento).

/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。）

Concordo também que, a transfusão sanguínea possa ser cancelada, conforme a decisão do médico responsável, e que também, em situações de risco de vida ou em casos que seja admitido a necessidade de transfusão sanguínea durante a evolução do tratamento, os tipos de transfusão sanguínea podem mudar em relação àqueles escrito abaixo em “Sobre o tipo e quantidade previsto para a transfusão sanguínea” conforme a decisão do médico responsável.

/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。

### ■ Tipo e quantidade previsto para a transfusão sanguínea/予定される輸血の種類と量について

#### ① Tipo de transfusão sanguínea/輸血の種類

- Sangue autólogo/自己血
- Concentrado de glóbulos vermelhos/赤血球製剤
- Concentrado de plaquetas/血小板製剤
- Plasma fresco congelado/新鮮凍結血漿
- Outros/その他 ( )

② Quantidade de transfusão sanguínea/輸血量 : \_\_\_\_\_(ml)

Data do consentimento/同意日:

Ano/年    Mês/月    Dia/日

Nome do(a) paciente/患者氏名:

(Em letra de forma/アルファベット・ブロック体)

Assinatura do(a) paciente/患者署名:

Endereço/住所:

Nome do(a) representante/代理人等氏名:

(Em letra de forma/アルファベット・ブロック体)

Nome do(a) representante/代理人等署名:

(Relação com o(a) paciente/続柄 )

Endereço/住所:

患者氏名：  
患者ID：

Português/ポルトガル語

**Caso não for aceitar a transfusão sanguínea, favor assinar abaixo após ler e compreender bem o texto a seguir.**

/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。

Eu recebi a explicação sobre a necessidade da transfusão sanguínea, porém me recuso a receber a transfusão sanguínea.

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。

<b>Data do consentimento/同意日:</b>	<b>Ano/年</b>	<b>Mês/月</b>	<b>Dia/日</b>
<b>Nome do(a) paciente/患者氏名:</b>	<b>(Em letra de forma/アルファベット・ブロック体)</b>		
<b>Assinatura do(a) paciente/患者署名:</b>			
<b>Endereço/住所:</b>			
<b>Nome do(a) representante/代理人等氏名:</b>	<b>(Em letra de forma/アルファベット・ブロック体)</b>		
<b>Nome do(a) representante/代理人等署名:</b>	<b>(Relação com o(a) paciente/続柄)</b>		
<b>Endereço/住所:</b>			

Foi explicado para a pessoa que assinou acima sobre a transfusão sanguínea.

/上記署名者に対して輸血療法について説明しました。

**Data da explicação/説明日:** **Ano/年** **Mês/月** **Dia/日**  
**Departamento/科** **Médico responsável/担当医:** **carimbo/印**

Confirmo que o(a) paciente acima ou o(a) representante concordou ou recusou a transfusão sanguínea.

/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。

**Data da confirmação/確認日:** **Ano/年** **Mês/月** **Dia/日**  
**Departamento/科** **Médico responsável/担当医:** **carimbo/印**

\*Caso o(a) próprio(a) paciente seja menor de idade que não tenha capacidade de consentir ou, caso o(a) paciente não possa consentir ou assinar por distúrbio de consciência ou estado da doença, solicitamos que os pais ou responsáveis, o poder (autoridade) familiar, o tutor de menor ou parentes, etc. assinem na lacuna de “Assinatura do representante”.

/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。