

수혈 동의서

1. 환자 정보

성명		생년월일		등록번호	
진단명					

2. 수혈 예정 내용

혈액제제 종류		예정 수량	
예정 일시		담당의	

3. 설명받은 사항 확인

설명 항목	설명 여부	환자 이해 확인
수혈의 목적과 필요성		
수혈 방법과 절차		
수혈 부작용과 감염 위험		
수혈 거부 시 예상되는 위험		
대체 가능한 치료법		

4. 설명한 의료인

성명		면허번호	
설명 일시		서명	

본인(법정대리인)은 위 수혈에 관한 설명을 충분히 듣고 이해하였으며, 수혈 시행에 동의합니다.

20 년 월 일

환자 본인	(서명 또는 인)	관계	
법정대리인	(서명 또는 인)	연락처	

※ 개인정보(건강정보 포함)의 수집 목적은 수혈 동의 확인이며, 보유기간은 관계 법령에 따라 보관한 후 파기합니다.

※ 본 서식은 참고용이며, 의학적 설명과 판단은 담당 의료진이 수행합니다. 기관별 양식이 따로 있는 경우 해당 기관 양식을 사용하십시오.