

表格A：針對具有決策能力成年人的血液管理計劃

本人瞭解，作為一個具有決策能力的成年人，我有權被告知所有血液選擇、其益處和風險，並且本人瞭解，如果沒有其他血液替代品，拒絕部分/全部血液選擇可能會導致嚴重併發症、殘障或死亡。

在Kaiser Permanente，我們尊重您在治療中使用血液、血液製品或血液程序做出個人決定的權利。如果需要，請與您的保健業者以及您的家人/社區成員討論以下**血液管理計劃**。請在下表中標記您的血液治療偏好（在有治療需要之前）或您的血液治療同意書或拒絕書（在治療時）。

	願意接受 (Will ACCEPT)	不願接受 (Will NOT ACCEPT)
主要血液成分		
全血、紅血球、白血球、血小板、血漿 (Whole blood, red blood cells, white blood cells, platelets, plasma)		
自體儲存血液 (Autologous banked blood)		
血液衍生物（分餾）		
冷凍沉澱品 (Cryoprecipitate)		
白蛋白 (Albumin)		
紅血球生成刺激劑 (ESA)：（例如含一些白蛋白的EPO） (Erythropoiesis Stimulating Agents (ESAs): (e.g., EPO with some albumin))		
免疫球蛋白（即RhoGAM、IVIG） (Immunoglobulins (i.e., RhoGAM, IVIG))		
凝血因子：（PCC、纖維蛋白原、因子VIII、血管性血友病因子、因子XII、rFVIIa等） (Clotting Factors: (PCC, Fibrinogen, Factor VIII, von Willebrand factor, Factor XII, rFVIIa, etc.))		
局部促凝劑（即纖維蛋白膠、明膠海綿纖維蛋白膠、凝血酶） (TOPICAL Procoagulants (i.e., Tiseel, Gelfoam fibrin glue, thrombin))		
其他 (OTHER)：		
醫療診療		
等容血液稀釋 (Normovolemic Hemodilution)		
術中細胞挽救（細胞挽救） (Intra-operative Cell Salvage (Cell Saver))		
血液透析（非血液預充） (Hemodialysis (non-blood primed))		
白蛋白血漿置換術（不含血漿） (Plasmapheresis with albumin (without plasma))		
心肺旁路術 (Cardiopulmonary Bypass)		
其他 (OTHER)：		
非血液選擇		
紅血球生成刺激劑 – 無白蛋白（如Procrit、rHuEpo等） (Erythropoiesis Stimulating Agents – no albumin (e.g. Procrit, rHuEpo, etc))		
其他選擇：（例如氨甲環酸 (TXA)、去氨加壓素 (DDAVP) 等） (Additional Options: (e.g., Tranexamic acid (TXA), Desmopressin (DDAVP), etc.))		

我希望就我的血液管理計劃表達以下具體願望：（如需更多空間，請另附表）

(I want to make specific wishes known regarding my Blood Management Plan below: (Attach sheet if you need more space))

一旦完成並返回給我的醫生，本血液管理計劃將取代我之前可能執行的有關血液或血液製品輸注的表格。此表格以及您提供的任何其他血液計劃表格（例如社區/信仰預立血液指示*）將掃描到我的電子健康記錄中。我可能會在我的記錄中看到診斷代碼Z53.1，向我的醫護團隊傳達「患者出於宗教或良心原因拒絕採血」。我可以透過填寫新文件或通知我的保健業者來更改或取消本血液管理計劃。

*如果合適，請勾選： 請查看我的社區/信仰預立血液指示以獲取更多資訊。
(Consult my community/faith Advance Blood Directive for additional information)

本人已查閱並理解本同意書。本人有機會提出問題，且本人的所有問題都已得到答覆。
本人可以要求保留一份本表格的副本以作為我的個人記錄。

患者正楷姓名 (Print Patient's Name) _____

見證人正楷姓名 (Print Witness's Name) _____

患者簽名 (Patient's Signature) _____

見證人簽名 (Witness's Signature) _____

日期 (Date)：_____

日期 (Date)：_____

文件類型：血液管理計劃

修訂日期：2019年12月



具有決策能力的成年人 保健業者說明

目的：

- 在臨床需要之前儘早記錄患者的個人血液選擇。
- 允許患者在法律範圍內自主做出這些決定。
- 讓KP Health Connect問題清單顯示：「因宗教或良心原因拒絕血液製品」(532227)（視情況而定）。
- 啟動事前護理規劃電子安全網，以防止對所有拒絕血液製品或手術的患者使用不必要的血液製品或進行診療
- **請注意，保健業者不會解釋表格上的各種選擇。**
- 要求患者/法定監護人從外部來源尋求對選擇進行解釋。

保健業者應採取的行動：

1. 將《針對具有決策能力成年人的血液管理計劃》和《患者說明》交給患者填寫並稍後返回進行掃描。
2. 檢查患者身分資訊是否清楚填寫在每頁的右上角。
3. 前往就診的診斷部分，透過鍵入DECLINES BLOOD（拒絕血液）輸入拒絕血液/血液製品的決定，然後按一下「出於宗教或良心的原因拒絕血液製品」(532227)。
4. 在問題清單中輸入相同的532227。這可以直接在問題清單中完成，也可以透過點擊就診診斷部分中的「PL」圖示來完成。
5. **門診病人：**表格返回後，將其發送到醫療記錄部以掃描到患者的電子病歷中。
6. **住院病人：**將簽署的表格放入「瘦窄」紙本圖表中，並發送一份副本進行掃描。在聯絡耶和華見證人醫院資訊服務之前，請考慮轉介給精神護理牧師（見下文）。

如果保健業者對此流程有任何疑問或需要協助患者轉診進行血液管理，請聯絡以下KP資源：

- 本地或區域血液管理適當性委員會
- 本地或區域醫學倫理道德委員會代表
- 本地或區域風險經理
- 本地或區域精神護理牧師

保健業者還可以使用以下資源：

- 耶和華見證人醫院資訊服務部，與耶和華見證人醫院聯絡委員會 (HLC) 代表建立聯繫。HLC代表是耶和華見證人的社區牧師，他們與醫生和醫院工作人員、KP精神護理牧師、社會工作者和司法人員進行知識淵博的互動。這些服務免費提供：

- HIS@jw.org
- 在披露PHI之前記錄患者/法律機構的同意書



給患者/法律機構的說明：

對血液、血液製品和涉及使用患者自身血液的程式所做的選擇均為個人行為。

請注意，您的保健業者不會向您解釋您的選擇。

幫助您做出這些選擇的最佳資訊均來自您的社區。請考慮以下資源：

- 耶和華見證人守望台網站：<http://www.jw.org/en/>

請填寫並簽署此表格，然後將其交還給醫生，以便將其掃描到病歷中。

您可以透過提交新表格隨時更改您的選擇。