

令和2年12月25日

審査申請書

高島市民病院
人権推進・倫理委員会委員長 様

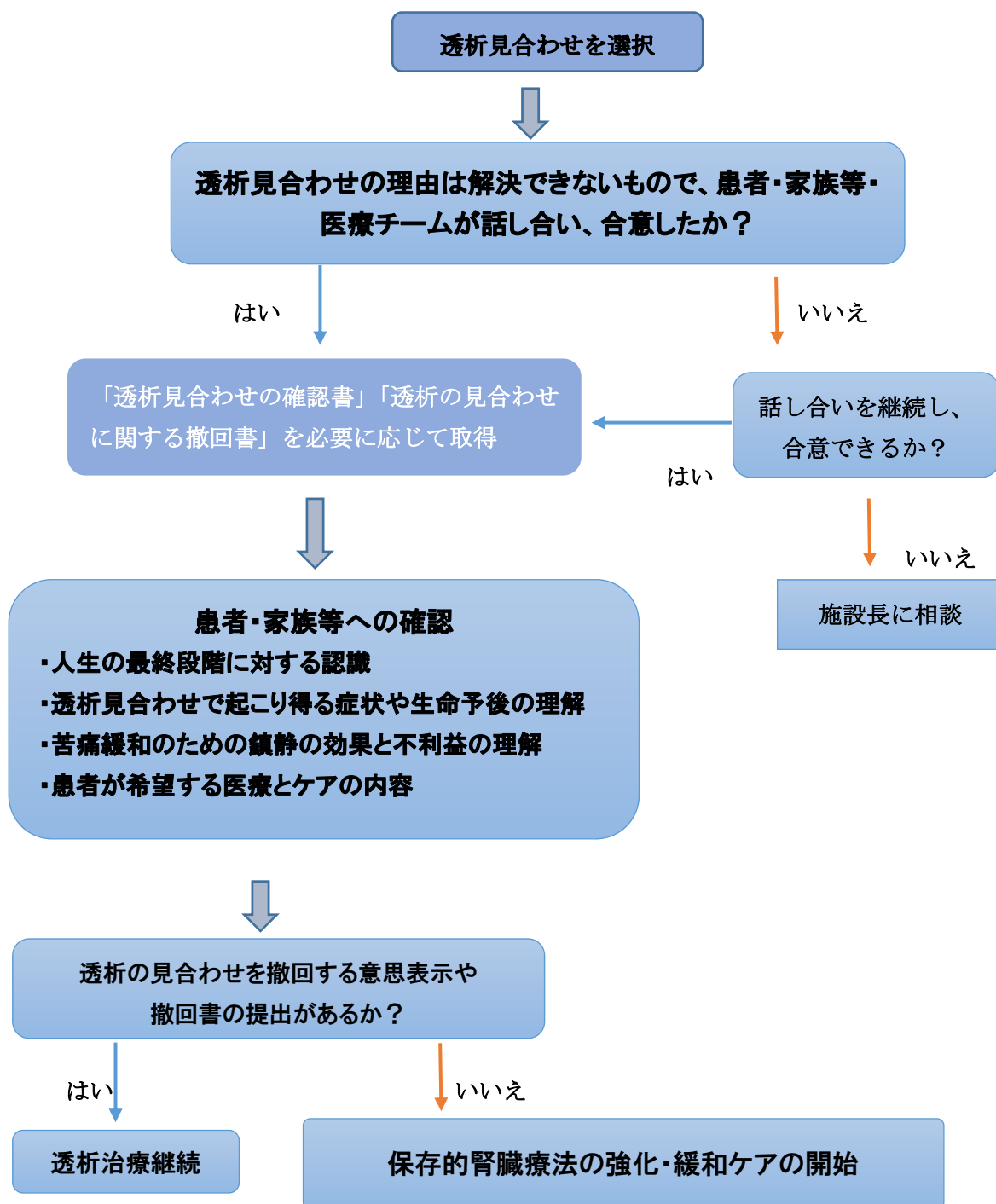
申請者
所属 高島市民病院

職名 透析科科长
氏名 永江 徹也



| | |
|-------|----------------------------------|
| 審査対象 | 透析の見合わせに関する意思決定プロセス対応フロー図の設定について |
| 課題名 | 透析の見合わせに関する意思決定プロセス |
| 研究責任者 | 透析科 科長 永江徹也 |
| 分担研究者 | 血液浄化センター 看護師長補佐 齊藤育代 |
| 備考 | |

維持血液透析見合わせ対応フロー図



※医療チームは透析室の医師、看護師、臨床工学技士だけでなく、関連する部署の医師
看護師など多職種で構成

※透析室看護師は、透析見合わせについてのカンファレンス内容や、患者の反応などを電子カルテに記載する

透析の見合わせに関する確認書

説明日：西暦 年 月 日

説明医師：

同席者：氏名 (職種)

氏名 (職種)

1) 私は、担当医()ならびに医療チームから、現在の全身状態が血液透析の継続を必要とする状態であることの説明を受け、不明な点を質問し、理解しました。

2) 私は、透析を継続しないことにより、透析医療に伴う苦痛や時間的拘束を避けることはできるものの、近い将来以下の症状や病状が発生し、苦痛を和らげる処置が行われますが、死亡することについての説明を受け、不明な点を質問し、理解しました。

①全身のむくみ・重篤な呼吸困難

②食欲不振・嘔気・下痢

③貧血・出血

④しびれ・知覚障害・全身倦怠感

⑤皮膚の痒み

⑥痙攣・意識障害

3) 私は、この決定に関しては、いつでも撤回することが可能であることの説明および撤回時の状況によっては迅速・安全に透析を開始できない可能性があり、死亡する可能性がある説明も受け、不明な点を質問し、理解しました。

4) 私は、上記の説明を受けてすべてを理解した上で、透析を継続しないで、保存的腎臓療法を希望します

西暦 年 月 日

患者本人署名 (自筆): _____

または代諾者 (自筆): _____ (ご関係: _____)

ご家族等署名 (自筆): _____ (ご関係: _____)

患者名(_____)

提出先 高島市民病院 医師名 _____

透析の見合わせに関する撤回書

説明日：西暦 年 月 日

説明医師：

同席者：氏名 (職種)

氏名 (職種)

私の意思が変わりましたので、一時的な血液透析の開始または継続を希望します。

西暦 年 月 日

患者本人署名 (自筆): _____

または代諾者 (自筆): _____ (ご関係: _____)

ご家族等署名 (自筆): _____ (ご関係: _____)

患者名(_____)

提出先 高島市民病院 医師名 _____