

アルブミン製剤使用における同意書

医療法人社団 医創会 御中

私_____は、ヒト由来のアルブミン製剤について十分な説明を受け、使用することに同意いたします。

- ヒト由来のアルブミン製剤には未知の感染症を含む可能性があること（高温で長時間、滅菌されるなど様々な対策が施されています。1940年代から世界で使用されていますが、今日までウイルスに感染したという報告はありません）。
- ヒト由来のアルブミン製剤の使用には副作用が存在すること。
ショック、アナフィラキシー様症状、発熱、顔面紅潮、じんましん、呼吸困難、血圧低下など。
- ヒト由来のアルブミン製剤の副作用として健康被害を受けた方への救済を図るための生物由来製品感染等被害救済制度が存在するが、樹状細胞ワクチン療法もしくは活性化リンパ球療法、ナチュラルキラー細胞療法、腫瘍浸潤リンパ球療法に伴う場合は、この制度の対象とならないこと。
- その他
(_____)

年 月 日

(患者様)

ご住所

ご氏名

(ご家族様またはそれに準ずる者)

ご住所

ご氏名

(医療法人社団医創会 セレンクリニック東京)

東京都千代田区有楽町 2-7-1 有楽町イトシアオフィスタワー11階

確認医師氏名