

アルブミン製剤使用における同意書

鶴見大学歯学部附属病院 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 それに準ずる方) ご住所

ご氏名 _____

(同意を確認した歯科医師氏名)

神奈川県横浜市鶴見区鶴見 2-1-3

鶴見大学歯学部附属病院
