

急性期脳卒中

意識障害(+)かつ輸血治療が必要

※→1

※エホバの証人の医療機関連絡委員会への連絡を代諾者に依頼

本人; 無輸血治療の事前指示(+)
代諾者(患者家族); 無輸血治療希望表示(+)

NO

YES

病院の方針および免責証書他の確認

※→2

家族もしくは代諾者への
受入れ時の説明

※解説→家族に事情説明、転院勧告もありうることも説明しておく
このときには同意は必要ではない

当該患者に対する
無輸血治療方針決定

倫理委員会開催
倫理コンサルテーション

病院長の最終判断

絶対的無輸血治療

相対的無輸血治療

家族もしくは代諾者への
絶対的無輸血治療の説明

家族もしくは代諾者への
相対的無輸血治療の説明

※→3

治療方針に
同意

治療方針に
同意

NO

YES

YES

絶対的無輸血治療
(輸血の代替療法)

相対的無輸血治療

同意に基づく治療は
不可能