



心肺停止時の蘇生術の回避

私どもは、患者_____様（ID:_____）に対して、できる限りの治療を行ってきましたが、残念なことに、有効な治療法が残されておらず症状の悪化自体を止めることができません。このような状態では、早晚心肺停止あるいは呼吸停止（心肺停止）をきたすことが予想されます。原疾患の改善が見込めない状況では、その際に心臓マッサージ、人工呼吸、あるいは心肺蘇生のための薬剤投与をする心肺蘇生処置は、成功が難しく、また成功できても患者様のからだを傷付けたり苦痛を長引かせたりするだけであり、すでに苦しんでこられた患者様のためになることはありません。苦痛を和らげる緩和治療は今後も努めますが、心肺停止をきたした際には、心肺蘇生処置を避けることに同意をいただきたいと考えます。

同意がいただける場合には、以下に署名をお願いいたします。なお、撤回は可能であり医師、または看護師にお申し出下さい。

説明医師 とよはし血液腫瘍内科
院長 杉浦 勇
(看護師)

年 月 日

私は、上記のとおり説明を受け、理解しましたので、その実施に同意します。

患者氏名 _____

家族・代理人氏名 _____