在宅輸血療法チャート

在宅輸血の対象か？

いいえ → 医療機関での輸血、または輸血以外の治療を選択

はい ↓

過去に輸血歴があるか？

なし → 初回輸血を医療機関に依頼

初回輸血を医療機関で終了

あり ↓

過去に重篤な有害事象はなかったか？

あり → 在宅輸血の適応を再考慮 → 過去に輸血歴があるか？

なし ↓

文書を用いた説明と同意取得
（輸血に関する同意書・在宅輸血に関する同意書）

なし → 輸血以外の治療選択

あり ↓

患者の状態の再確認、輸血に必要な検査

輸血が必要な状態ではない → 文書を用いた説明と同意取得

輸血が推奨される検査値は「血液製剤使用指針」（平成29年3月改訂又はその後の最新版）を参照

輸血が必要な状態である ↓

適切な製剤・単位の注文

納品 ↓

製剤の適切な管理・保管

搬送 ↓

患者採血 ↓

交差適合試験主試験（間接抗グロブリン法）

適合確認 ↓

在宅輸血

↓

診療録に記載

- ☐ 患者Hb値
- ☐ ABO血液型（オモテ検査・ウラ検査）
- ☐ RhD血液型
- ☐ 不規則抗体検査（間接抗グロブリン法）

- ☐ 輸血患者氏名
- ☐ 検査結果に適合した製剤
- ☐ 製剤種類・単位数
- ☐ 最終有効期限（使用予定日より長いこと）

- ☐ 輸血前検体（血清or血漿）保管
- ☐ 輸血前ウイルスマーカー検査

輸血約3か月後
- ☐ 輸血後検体（血清or血漿）保管
- ☐ 輸血後ウイルスマーカー検査

赤血球製剤の保管温度は2～6℃

在宅輸血実施は手順書（ガイド）参照