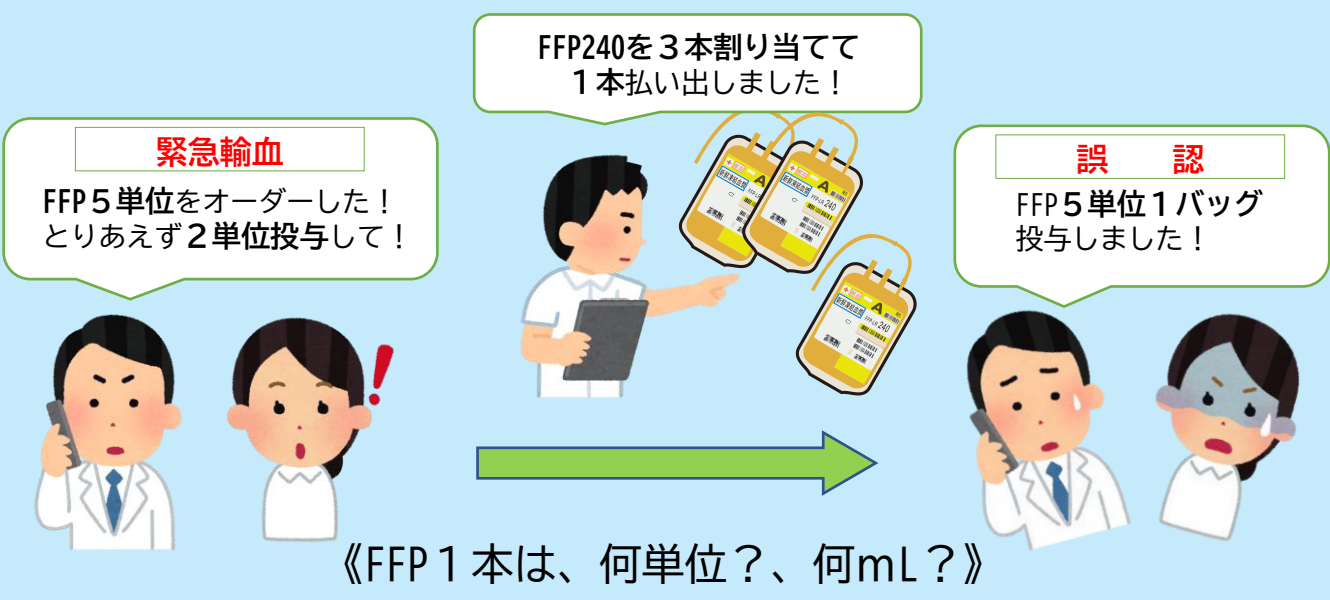


# 輸血指示と実施した製剤の量が異なっていた事例

## 【今回の事例】

緊急出血のため医師よりFFP 5単位が依頼されました  
 輸血部門にてFFP 240が3本が割り当てられました  
 夜間帯であったため、主治医から2単位分輸血の口頭指示があり  
 輸血部門から1本を払い出し、輸血が実施されました  
 翌日、看護師より夜間帯に5単位を実施したと報告を受け  
**過剰に輸血が実施されたとインシデント報告**が上がりました

\*輸血部門に照会したところ、実際には2単位の使用であることが確認されました



## 【事例から考えるポイント】

- 患者情報、輸血計画は適切に共有しましょう！
- 血液製剤の規格(単位数と容量)について再確認しましょう！
- カルテシステムを活用して輸血記録の共有をしましょう！

輸血療法部会では、輸血関連インシデント事例を解析、発信し、安全な輸血療法の発展に貢献します

長野県献血推進協議会 輸血療法部会

事務局 薬事管理課

026・235・7159

長野県赤十字血液センター 026・214・8194

Mail:yuketsu-ryouhou@kts.bbc.jrc.or.jp

当部会のホームページ：<https://www.pref.nagano.lg.jp/yakuji/kenko/iryoyiyakuhin/yuketsuryouhou.html>