

心肺蘇生を行わないことに関する説明書 (DNAR : Do Not Attempt Resuscitation)

心肺停止となった方を発見した場合、医療従事者は心肺蘇生法を実施し、可能な限り救命しようと試みます。しかし、病気等の状況により死が差し迫っており、かつ心肺蘇生法を実施してもその効果が得られないと判断される場合には、心肺蘇生法を実施しない事があります。

病状等から判断し、今後遠くない時期に心肺停止に至る可能性が高いと思われます。そのため、患者さんの心肺蘇生法の実施意向を確認させていただきます。

つきましては、以下のDNARに関する説明を踏まえたうえで、心肺蘇生に関するご意向をお示しく下さい。

1 DNARについて

心肺停止時に蘇生の見込みが低い患者さんに対して、積極的に救命措置を試みないことです。DNARに同意された場合、原則として心肺蘇生法は実施いたしません。

ただし、想定された理由以外による心肺停止時（誤嚥による突発的な心肺停止等）については、心肺蘇生法を実施いたします。

2 DNAR同意中の治療行為について

DNARは想定された理由による心肺停止時の対応に関するものであるため、心肺停止となるまでに必要な治療やケア（生命維持、疼痛緩和等）を継続して実施していきます。

3 DNAR同意の取り消しについて

DNARに同意した後で、救命をご希望される場合は、高田病院の医師・看護師にいつでもお伝えください。

※DNAR同意を取り消した場合、急変時における対応が高田病院では困難な場合が想定されます。そのため、ほっとつばきに登録されている方は、登録から除外させていただきますのでご留意願います。

心肺蘇生を行わないことに関する同意書
(DNAR : Do Not Attempt Resuscitation)

患者ID		患者氏名		生年月日	
病名					
病状の経過等					

【患者さんご本人やご家族の方へ】

DNARについて十分な説明を受け理解されましたら、以下の内容について確認をお願いいたします。

①DNARについて同意しますか？

☐ はい ☐ いいえ

②（①で「はい」と回答された方へ）心肺停止状態に陥った場合、希望することはありますか？

☐ 苦痛をやわらげる処置を希望

☐ なるべく自然な状態での見守りを希望

☐ その他

③管轄の消防署へ患者さんの情報を提供することに同意しますか？

☐ はい ☐ いいえ

【署名】

日付 年 月 日

本人氏名：

住所：

（代筆した場合）

家族または代理人：

（続柄）

連絡先電話番号：

（続柄）

（ほっとつばき登録依頼施設記入用）

確認日： 年 月 日

施設名：

主治医：

看護師：

電話番号：

【高田病院記入欄】

確認日： 年 月 日

主治医：

担当医：

看護師：

電話番号：0192-54-3221