



Name: _____
 DOB: _____
 MRN: _____

Mount Sinai Health System | New York, NY

Consent for Elective Blood Transfusion

1. _____ authorize the Attending/Privileged Provider below to treat me with a transfusion of blood or blood products.
Patient Name
2. The Attending Physician/Privileged Provider below has fully explained to me, in my preferred language, the nature of the proposed transfusion and I have been informed of the potential benefits and risks or side effects, including potential problems that might arise during recuperation, as well as the likelihood of achieving the proposed goals.
3. I have been informed about reasonable alternatives of the proposed transfusion, the relative benefits and risks or side effects to such alternatives, as well as the risks of not receiving a transfusion. I have been given the opportunity to ask questions, and all my questions have been answered fully and satisfactorily.

I confirm that I have read (or have had read to me) the above consent for transfusion of blood or blood products and that I fully understand all written information given to me regarding transfusion.

I understand that I may REFUSE blood transfusion by signing in the appropriate space below.

- I accept transfusion of blood products**
- I DO NOT accept transfusion of blood/blood products**

Patient* or Representative**	_____	_____	_____	_____	_____
	<small>Print name</small>	<small>Signature</small>	<small>Date</small>	<small>Time</small>	<small>Relationship or "self"</small>
Signature Witness	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Witnessed Patient confirming signature (check box if applicable)
	<small>Print name</small>	<small>Signature</small>	<small>Date</small>	<small>Time</small>	
Preferred Language Interpreter Name or Number	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Patient refused interpreter (check box if applicable)
	<small>Print name and/or number</small>	<small>Signature (if present)</small>	<small>Date</small>	<small>Time</small>	

Telephone/Video Consent (Check box if applicable), Patient*/Guardian/Representative/Interpreter signature not required.**

► **The Attending Physician/Privileged Provider must sign the certification below.**

I, the Attending Physician/Privileged Provider, hereby certify that the nature, purpose, benefits, risks of, and alternatives to the proposed treatment have been explained to the patient/guardian/representative** and I have offered to answer any questions and have fully answered all such questions. I believe that the patient/guardian/representative** fully understands what I have explained and answered. In the event that I was not present when the patient signed this form, I understand that the form is only documentation that the informed consent process took place. I remain responsible for having obtained consent from the patient.

_____	_____	_____	_____
<small>Print name</small>	<small>Attending Physician/Privileged Provider Signature</small>	<small>Date</small>	<small>Time</small>

* The signature of the patient must be obtained unless the patient is under the age of 18 or incompetent.
 ** Throughout this document, the term "representative" refers to a legally authorized representative.

الاسم: _____
 تاريخ الميلاد: _____
 رقم السجل الطبي (Medical Record Number, MRN): _____

الموافقة على نقل الدم الاختياري

- أفوض أنا، _____، الطبيب المعالج/مقدم الرعاية صاحب الامتيازات أدناه، اسم المريض بمعالجتي عن طريق نقل الدم أو منتجات الدم.
 - لقد شرح لي الطبيب المعالج/مقدم الرعاية صاحب الامتيازات أدناه، بلغتي المفضلة، طبيعة عملية النقل المقترحة بالكامل، وقد تم إبلاغي بالفوائد والمخاطر أو الآثار الجانبية المحتملة، بما في ذلك المشكلات المحتملة التي قد تنشأ في أثناء فترة النقاهة، بالإضافة إلى احتمالية تحقيق الأهداف المقترحة.
 - لقد تم إبلاغي بالبدائل المعقولة لعملية النقل المقترحة، والمخاطر والفوائد أو الآثار الجانبية ذات الصلة لمثل هذه البدائل، بالإضافة إلى مخاطر عدم الخضوع لعملية النقل. لقد أُتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة، وتمت الإجابة عن جميع أسئلتني بشكل كامل ومرضٍ.
- أؤكد أنني قد قرأت الموافقة المذكورة أعلاه على عملية نقل الدم أو منتجات الدم (أو تمت قراءتها لي) وأني أفهم تمامًا جميع المعلومات المكتوبة المقدمة لي فيما يتعلق بعملية النقل.
- أفهم أنني أستطيع رفض عملية نقل الدم عن طريق التوقيع في المكان المخصص أدناه.

 أقبّل الخضوع لنقل منتجات الدم

 أرفض الخضوع لنقل الدم/منتجات الدم

المريض* أو الممثل**	الاسم بأحرف واضحة	التوقيع	التاريخ	الوقت	الصلة أو "المريض نفسه"
توقيع الشاهد	الاسم بأحرف واضحة	التوقيع	التاريخ	الوقت	تأكيد الشاهد على توقيع المريض (ضع علامة على المربع إذا انطبق)
اسم المترجم الفوري للغة المفضلة أو رقمه	الاسم بأحرف واضحة و/أو الرقم	التوقيع (إذا كان حاضرًا)	التاريخ	الوقت	رفض المريض الحصول على مترجم فوري (ضع علامة على المربع إذا انطبق)

 تم الحصول على الموافقة عبر الهاتف/مكالمة فيديو (ضع علامة على المربع إذا انطبق)، توقيع المريض*/الوصي/الممثل**/المترجم الفوري غير مطلوب.

◀ يجب أن يُوقع الطبيب المعالج/مقدم الرعاية صاحب الامتيازات على الإقرار أدناه.

أقر أنا، الطبيب المعالج/مقدم الرعاية صاحب الامتيازات، بموجب هذه الوثيقة أن طبيعة العلاج المقترح والغرض منه وفوائده ومخاطره وبدائله قد شُرحت للمريض/الوصي عليه/ممثلته** وقد عرضت أن أجب عن أي أسئلة وأني أجبت إجابات وافية عن جميع هذه الأسئلة. وأعتقد أن المريض/الوصي عليه/ممثلته** يفهم تمامًا ما شُرحته وأجبت عنه. في حالة عدم حضوري عند توقيع المريض على هذا النموذج، فأنا أدرك أن النموذج لا يمثل إلا وثيقة تثبت حدوث عملية الموافقة المستنيرة. وأني أظل مسؤولًا عن الحصول على الموافقة من المريض.

الاسم بأحرف واضحة	توقيع الطبيب المعالج/مقدم الرعاية صاحب الامتيازات	التاريخ	الوقت
-------------------	---	---------	-------

* يجب الحصول على توقيع المريض إلا في حالة أن كان المريض فاقدًا للأهلية أو كان عمره أقل من 18 عامًا.
 ** في جميع أجزاء هذه الوثيقة، يُشير مصطلح "ممثلته" إلى الممثل المفوض قانونًا.



Name:	_____
DOB:	_____
MRN:	_____

Information about Blood and Blood Products (to be given to the patient)

What types of blood products may be transfused?

- **Red Blood Cells** transport oxygen from the lungs to your body.
- **Platelets** are small cell structures that prevent bleeding by starting clot formation at the site of injury.
- **Plasma** is the liquid part of the blood that contains factors which help to form a clot.
- **Cryoprecipitate** is made from plasma and is rich in certain clotting factors especially useful in the treatment of certain patients.

When is a transfusion of blood or blood products recommended?

Red cell transfusions may be necessary when:

- Significant blood loss caused by trauma or surgery.
- Conditions in which red blood cells are destroyed in the body (e.g. sickle cell anemia).
- Decreased production of red cells because of various serious illnesses or chemotherapy.

Transfusions of other blood products (platelets, plasma, and cryoprecipitate) are most commonly recommended to treat or prevent bleeding.

What are the risks of blood product transfusions?

The transfusion of blood and blood products is overall, a safe practice due to the exclusive use of volunteer blood donors and comprehensive testing. However, it is not without risk. Such risks include allergic reactions (e.g. hives, itching), fever, volume overload and in very rare circumstances, more severe reactions and/or infectious diseases such as hepatitis and HIV/AIDS. Precautions are taken by the transfusion service in screening donors and matching blood for transfusion which further minimizes but does not eliminate those risks.

What are my transfusion options?

In general, the following options relate primarily to the transfusion of red cells. A discussion should be had between the provider and the patient regarding these options.

- **Blood donated by a voluntary community donor** (Homologous or Allogeneic Blood).
- **Erythropoietin Stimulating Agents (ESA) with albumin:** Epoetin Alfa (Procrit, Epogen) and Darbopoetin alfa (Aransep) Synthetic proteins that stimulate red blood cell production.
- **Non-blood volume expanders:** Pharmaceutical sterile fluids that are administered intravenously and are made with water, salts, sugars or starch that help maintain the correct amount of fluid in the blood vessels (e.g. lactated Ringer's, sodium chloride, and Normosol).

معلومات عن الدم ومنتجات الدم (يجب تقديمها إلى المريض)

ما مخاطر الخضوع لعمليات نقل منتجات الدم؟

تُعد عملية نقل الدم ومنتجات الدم بشكل عام ممارسة آمنة بسبب الاعتماد بشكل حصري على المتبرعين بالدم المتطوعين والاختبارات الشاملة. ومع ذلك، فإن الأمر ليس خاليًا من المخاطر. وتشمل مثل هذه المخاطر تفاعلات الحساسية (مثل الشرى والحكة) والحمى وفرط حجم الدم وفي حالات نادرة للغاية، تفاعلات أكثر شدة و/أو أمراض معدية مثل التهاب الكبد وفيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency Virus, HIV).
الإيدز. وتتخذ خدمة النقل الاحتياطات اللازمة عند فحص المتبرعين ومطابقة الدم لنقله، مما يقلل من هذه المخاطر ولكن لا يقضي عليها.

ما خيارات نقل الدم المتاحة لي؟

بشكل عام، تتعلق الخيارات التالية في المقام الأول بنقل خلايا الدم الحمراء. وينبغي أن يكون هناك مناقشة بين مقدم الرعاية والمريض فيما يتعلق بهذه الخيارات.

• الدم الذي يتبرع به متبرع تطوعي من المجتمع (الدم المتماثل أو الخيفي).

العوامل المحفزة للإريثروبويتين (Erythropoietin)

• **(Stimulating Agents, ESA) مع الألبومين: إيبويتين ألفا**

(بروكريت (Procrit)، إيبوجين (Epogen)) وداربيبيتين ألفا

(أرانيسيب (Aransep)) هما من البروتينات الصناعية التي تحفز إنتاج

خلايا الدم الحمراء.

• **موسعات الحجم غير الدموية: السوائل الصيدلانية المعقمة التي يتم**

إعطائها عبر الوريد والتي يتم تصنيعها من الماء أو الأملاح أو السكريات

أو النشا والتي تساعد في الحفاظ على الكمية الصحيحة من السوائل في

الأوعية الدموية (مثل، محلول رينجر اللاكتيكي وكلوريد الصوديوم

ومحلول نورموسول).

ما هي أنواع منتجات الدم التي يمكن نقلها؟

• خلايا الدم الحمراء تنقل الأكسجين من الرئتين إلى جسمك.

• الصفائح الدموية هي هياكل خلوية صغيرة تمنع النزيف عن طريق بدء تكوين جلطة في موقع الإصابة.

• البلازما هي الجزء السائل من الدم الذي يحتوي على العوامل التي تساعد على تكوين الجلطة.

• الرسابة البردية يتم تصنيعها من البلازما وهي غنية بعوامل تجلط معينة تكون مفيدة بشكل خاص في علاج بعض المرضى.

متى يُوصى بالخضوع لنقل الدم أو منتجات الدم؟

نقل خلايا الدم الحمراء قد يكون ضروريًا في الحالات التالية:

• في حالة فقدان كمية كبيرة من الدم بسبب الرضح أو الجراحة.

• في الحالات التي يتم فيها تدمير خلايا الدم الحمراء في الجسم (مثل فقر الدم المنجلي).

• في حالة انخفاض إنتاج خلايا الدم الحمراء بسبب أمراض خطيرة مختلفة أو الخضوع للعلاج الكيميائي.

نقل منتجات الدم الأخرى (الصفائح الدموية والبلازما والرسابة البردية)

يُوصى به عادةً لعلاج النزيف أو منعه.