



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.

নাম: _____

জন্ম তারিখ (DOB): _____

মেডিকেল রেকর্ড নম্বর (MRN): _____

ইলেকটিভ ব্লাড সঞ্চালনের জন্য সম্মতি

- _____ নিচে উপস্থিত/সুবিধাপ্রাপ্ত প্রদানকারীকে অনুমোদন করুন
রোগীর নাম
 আমাকে রক্ত বা রক্তের দ্রব্য সঞ্চালন দিয়ে চিকিৎসা করতে।
- নীচে উপস্থিত চিকিৎসক/সুবিধাপ্রাপ্ত প্রদানকারী আমাকে আমার পছন্দের ভাষায় প্রস্তাবিত রক্ত সঞ্চালনের প্রকৃতি সম্পূর্ণরূপে ব্যাখ্যা করেছেন এবং আমাকে সম্ভাব্য সুবিধা এবং ঝুঁকি বা পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া সম্পর্কে অবহিত করা হয়েছে, সেইসাথে সুস্থ হওয়ার সময় উদ্ভূত সম্ভাব্য সমস্যাগুলি সহ প্রস্তাবিত লক্ষ্য অর্জনের সম্ভাবনার বিষয়েও।
- প্রস্তাবিত সঞ্চালনের উপযুক্ত বিকল্প, এই ধরনের বিকল্পগুলির আপেক্ষিক সুবিধা এবং ঝুঁকি বা পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া, সেইসাথে সঞ্চালনা না পাওয়ার ঝুঁকি সম্পর্কে আমাকে জানানো হয়েছে। আমাকে প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে, এবং আমার সমস্ত প্রশ্নের সম্পূর্ণ এবং সন্তোষজনকভাবে উত্তর দেওয়া হয়েছে।

আমি নিশ্চিত করছি যে আমি রক্ত বা রক্তের দ্রব্য সঞ্চালনের জন্য উপরের সম্মতিটি পড়েছি (বা আমাকে পড়ে শোনানো হয়েছে) এবং সঞ্চালন সম্পর্কিত আমাকে দেওয়া সমস্ত লিখিত তথ্য আমি সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পেরেছি।

আমি বুঝতে পারছি যে নিচের উপযুক্ত জায়গায় স্বাক্ষর করে আমি রক্ত সঞ্চালন প্রত্যাখ্যান করতে পারি।

 আমি রক্তের পণ্য সঞ্চালন গ্রহণ করছি

 আমি রক্ত/রক্তের পণ্য সঞ্চালন গ্রহণ করছি না

রোগী* বা প্রতিনিধি**

	মুদ্রিত নাম	স্বাক্ষর	তারিখ	সময়	সম্পর্ক বা "স্বয়ং"
সাক্ষীর স্বাক্ষর	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> রোগী স্বাক্ষর নিশ্চিত করার সাক্ষ্য (প্রযোজ্য হলে, বাস্তব টিক চিহ্ন দিন)
পছন্দের বা বোধগম্য ভাষার অনুবাদকের নাম অথবা নম্বর	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> রোগী অনুবাদককে প্রত্যাখ্যান করেছেন (প্রযোজ্য হলে, বাস্তব টিক চিহ্ন দিন)

 টেলিফোন/ভিডিও সম্মতি (প্রযোজ্য হলে, বাস্তব টিক চিহ্ন দিন), রোগী*/অভিভাবক/প্রতিনিধি**/দোভাষীর স্বাক্ষরের প্রয়োজন নেই।

▶ অংশগ্রহণকারী চিকিৎসক/সুবিধাপ্রাপ্ত প্রদানকারীকে অবশ্যই নীচের শংসাপত্রে স্বাক্ষর করতে হবে।

আমি, উপস্থিত চিকিৎসক/সুবিধাপ্রাপ্ত প্রদানকারী, এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে প্রস্তাবিত চিকিৎসার প্রকৃতি, উদ্দেশ্য, সুবিধা, ঝুঁকি এবং বিকল্পগুলি রোগী/অভিভাবক/প্রতিনিধিকে ব্যাখ্যা করা হয়েছে** এবং আমি যেকোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার প্রস্তাব দিয়েছি এবং সম্পূর্ণরূপে এই ধরনের সব প্রশ্নের উত্তর দিয়েছি। আমি বিশ্বাস করছি রোগী/অভিভাবক/প্রতিনিধি** সম্পূর্ণভাবে বুঝতে পেরেছেন যা আমি বিশ্লেষণ করেছি বা উত্তর দিয়েছি। রোগীর এই ফর্মে স্বাক্ষর করার সময় আমি উপস্থিত না থাকলে, সেক্ষেত্রে আমি মনে করি যে অবগত সম্মতি প্রক্রিয়া সম্পন্ন হয়েছে এর একমাত্র নথি হিসাবে ফর্মটিই থাকবে। রোগীর কাছ থেকে সম্মতি গ্রহণ করার জন্য আমি দায়বদ্ধ থাকব।

মুদ্রিত নাম	উপস্থিত চিকিৎসক/সুবিধাপ্রাপ্ত প্রদানকারীর স্বাক্ষর	তারিখ	সময়
_____	_____	_____	_____

* রোগীর স্বাক্ষর আবশ্যিকভাবে নিতে হবে যদি না রোগীর বয়স 18 বছরের কম হয় বা সে অসমর্থ হয়।

** এই নথি জুড়ে, উল্লিখিত "প্রতিনিধি" শব্দটি একজন আইনত স্বীকৃত প্রতিনিধিকে বোঝায়।



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).

নাম: _____

জন্ম তারিখ (DOB): _____

মেডিকেল রেকর্ড নম্বর (MRN): _____

রক্ত এবং রক্তের পণ্য সম্পর্কে তথ্য (রোগীকে দেওয়া হবে)

কী ধরনের রক্তের পণ্য সঞ্চালন করা যেতে পারে?

- **লোহিত রক্তকণিকা** ফুসফুস থেকে আপনার শরীরে অক্সিজেন পরিবহন করে।
- **প্লেটলেট** হল ছোট কোষের গঠন যা আঘাতের স্থানে জমাট বাঁধা শুরু করে রক্তপাত রোধ করে।
- **প্লাজমা** হল রক্তের তরল অংশ যাতে এমন উপাদান থাকে যা জমাট বাঁধতে সাহায্য করে।
- **ক্রিওপ্রিসিপিটেট** প্লাজমা থেকে তৈরি এবং নির্দিষ্ট কিছু রোগীর চিকিৎসায় বিশেষভাবে উপযোগী কিছু জমাট বাঁধার উপাদানে সমৃদ্ধ।

কখন রক্ত বা রক্তের দ্রব্য সঞ্চারণের পরামর্শ দেওয়া হয়?

লাল কোষ সঞ্চারণের প্রয়োজন হতে পারে যখন:

- ট্রমা বা অপ্রাপ্য কারণে উল্লেখযোগ্য রক্তক্ষরণ।
- যেসব অবস্থায় শরীরে লোহিত রক্তকণিকা ধ্বংস হয়ে যায় (যেমন সিকেল সেল অ্যানিমিয়া)।
- বিভিন্ন গুরুতর অসুস্থতা বা কেমোথেরাপির কারণে লোহিত কণিকার উৎপাদন কমে যায়।

অন্যান্য রক্তের দ্রব্য (প্লেটলেট, প্লাজমা এবং ক্রায়োপ্রিসিপিটেট) **সঞ্চালন** সাধারণত রক্তপাতের চিকিৎসা বা প্রতিরোধ করার জন্য সুপারিশ করা হয়।

রক্তের পণ্য সঞ্চারণের ঝুঁকি কী?

রক্ত এবং রক্তের দ্রব্যের সঞ্চালন সামগ্রিকভাবে, স্বেচ্ছাসেবক রক্তদাতাদের একচেটিয়া ব্যবহার এবং ব্যাপক পরীক্ষার কারণে একটি নিরাপদ অভ্যাস। যাইহোক, এটি ঝুঁকি ছাড়া নয়। এই ধরনের ঝুঁকির মধ্যে রয়েছে অ্যালার্জিকজনিত প্রতিক্রিয়া (যেমন আমবাত, চুলকানি), জ্বর, আয়তনের অতিরিক্ত চাপ এবং খুব বিরল পরিস্থিতিতে, আরও গুরুতর প্রতিক্রিয়া এবং/অথবা সংক্রামক রোগ যেমন হেপাটাইটিস এবং এইচআইভি/এইডস। সঞ্চালন পরিষেবা দ্বারা স্ক্রিনিং দাতাদের এবং রক্তের মিলনের জন্য সঞ্চালনের জন্য সতর্কতা নেওয়া হয় যা আরও কমিয়ে দেয় কিন্তু সেই ঝুঁকিগুলিকে দূর করে না।

আমার সঞ্চালন বিকল্প কী?

সাধারণভাবে, নিম্নলিখিত বিকল্পগুলি প্রাথমিকভাবে লোহিত কোষের সঞ্চালনের সাথে সম্পর্কিত। এই বিকল্পগুলি সম্পর্কে প্রদানকারী এবং রোগীর মধ্যে একটি আলোচনা হওয়া উচিত।

- **একটি স্বেচ্ছাসেবী সম্প্রদায়ের দাতা** (হোমোলোগাস বা অ্যালোজেনিক রক্ত) **দ্বারা দান করা রক্ত**।
- **অ্যালবুমিন সহ এরিথ্রোপয়েটিন স্টিমুলেটিং এজেন্ট (Erythropoietin Stimulating Agents, ESA)** ইপোয়েটিন আলফা (Epoetin Alfa) (প্রোক্রিট, ইপোজেন, Procrit, Epogen) এবং ডারবোপোয়েটিন আলফা (Darbopoetin alfa) (আরানসেপ, Aranesep) হলো কৃত্রিম প্রোটিন যা লোহিত রক্তকণিকা উৎপাদনকে উদ্দীপিত করে।
- **নন-রান্ড ভলিউম সম্প্রসারক:** ফার্মাসিউটিক্যাল জীবাণুমুক্ত তরল যা শিরায় দেওয়া হয় এবং জল, লবণ, শর্করা বা স্টার্চ দিয়ে তৈরি করা হয় যা রক্তনালীতে সঠিক পরিমাণে তরল বজায় রাখতে সাহায্য করে (যেমন ল্যাকটেড রিস্টারস, সোডিয়াম ক্লোরাইড এবং নরমোসল)।