



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** _____
Print name Signature Date Time Relationship or "self"

Signature Witness _____
Print name Signature Date Time Witnessed Patient confirming signature (check box if applicable)

Preferred Language Interpreter Name or Number _____
Print name and/or number Signature (if present) Date Time Patient refused interpreter (check box if applicable)

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.

_____ Print name _____ Attending Physician/Privileged Provider Signature _____ Date _____ Time

* 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.



Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

MRN: _____

Mount Sinai Health System | Nueva York, NY

Consentimiento para transfusión de sangre electiva

1. _____ *Nombre del paciente* autorizo al médico de atención directa/proveedor privilegiado abajo a tratarme con una transfusión de sangre o de productos de la sangre.
2. El médico de atención directa/proveedor privilegiado abajo me explicó completamente, en mi idioma preferido, la naturaleza de la transfusión propuesta y me informó de los posibles beneficios y riesgos o efectos secundarios, incluyendo los posibles problemas que podrían surgir durante la recuperación, y la probabilidad de lograr los objetivos propuestos.
3. Me informaron sobre las alternativas razonables a la transfusión propuesta, los beneficios y riesgos relativos o los efectos secundarios de esas alternativas, y los riesgos de no recibir una transfusión. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas y respondieron todas mis preguntas completa y satisfactoriamente.

Confirmando que leí (o me leyeron) el consentimiento de arriba para la transfusión de sangre o de productos de la sangre y comprendo completamente toda la información que me dieron por escrito relacionada con la transfusión.

Entiendo que puedo RECHAZAR la transfusión de sangre firmando en el espacio correspondiente abajo.

- Acepto la transfusión de productos de la sangre**
- NO acepto la transfusión de sangre/productos de la sangre**

Paciente* o Representante**	_____	_____	_____	_____	_____
	<i>Nombre en letra de molde</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>	<i>Relación o "el mismo"</i>
Testigo de la firma	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Fue testigo de que el paciente confirmó la firma <i>(marque la casilla si corresponde)</i>
	<i>Nombre en letra de molde</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>	
Nombre o número del intérprete del idioma preferido	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> El paciente no quiso tener un intérprete <i>(marque la casilla si corresponde)</i>
	<i>Nombre en letra de molde o número</i>	<i>Firma (si está presente)</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>	

Consentimiento por teléfono/video (marque la casilla si corresponde), no se necesita la firma del paciente*/tutor/representante/intérprete.**

► **El médico de atención directa/proveedor privilegiado debe firmar la certificación abajo.**
Yo, el médico de atención directa/proveedor privilegiado, por medio de la presente, certifico que le expliqué al paciente/tutor/representante** la naturaleza, el objetivo, los beneficios, los riesgos y las alternativas del tratamiento propuesto y que me ofrecí a responder cualquier pregunta y que respondí completamente todas sus preguntas. Considero que el paciente/tutor/representante** entiende completamente la información que le expliqué y las respuestas que le di. En caso de que no estuviera presente cuando el paciente firmó este formulario, entiendo que el formulario es solo documentación de que se hizo el proceso de consentimiento informado. Sigo siendo responsable de haber obtenido el consentimiento del paciente.

_____	_____	_____	_____
<i>Nombre en letra de molde</i>	<i>Firma del médico de atención directa/proveedor privilegiado</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>

* La firma del paciente debe obtenerse a menos que el paciente tenga menos de 18 años o que no tenga capacidad.
** A lo largo de este documento, el término "representante" se refiere a un representante legalmente autorizado.



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).

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

MRN: _____

Información sobre la sangre y los productos de la sangre

(que se entregará al paciente)

¿Qué tipos de productos de la sangre se pueden transfundir?

- **Los glóbulos rojos** transportan oxígeno desde los pulmones hacia el cuerpo.
- **Las plaquetas** son pequeñas estructuras celulares que previenen el sangrado iniciando la formación de coágulos en el lugar de una lesión.
- **El plasma** es la parte líquida de la sangre que contiene factores que ayudan a formar un coágulo.
- **El crioprecipitado** se elabora a partir de plasma y es rico en ciertos factores de coagulación especialmente útiles en el tratamiento de ciertos pacientes.

¿Cuándo se recomienda una transfusión de sangre o de productos de la sangre?

Las transfusiones de glóbulos rojos pueden ser necesarias en caso de:

- Pérdida significativa de sangre como resultado de un traumatismo o una operación.
- Condiciones médicas en las que se destruyen los glóbulos rojos en el cuerpo (por ejemplo, anemia falciforme).
- Disminución de la producción de glóbulos rojos debido a diversas enfermedades graves o a quimioterapia.

Las transfusiones de otros productos de la sangre (plaquetas, plasma y crioprecipitado) son más frecuentemente recomendadas para tratar o prevenir el sangrado.

¿Cuáles son los riesgos de las transfusiones de productos de la sangre?

La transfusión de sangre y productos de la sangre es, en general, una práctica segura debido al uso exclusivo de donantes de sangre voluntarios y a pruebas minuciosas. Sin embargo, no está exenta de riesgos. Estos riesgos incluyen reacciones alérgicas (por ejemplo, urticaria, picazón), fiebre, sobrecarga de volumen y, en circunstancias muy poco frecuentes, reacciones más graves o enfermedades infecciosas como hepatitis y VIH/sida. Se toman precauciones en el servicio de transfusión mediante la evaluación de los donantes y la selección de sangre compatible para la transfusión, lo que minimiza aún más, pero no elimina, esos riesgos.

¿Cuáles son mis opciones de transfusión?

En general, las siguientes opciones se relacionan principalmente con la transfusión de glóbulos rojos. El proveedor y el paciente deben hablar sobre estas opciones.

- **Sangre de un donante voluntario de la comunidad** (sangre homóloga o alogénica).
- **Agentes estimulantes de la eritropoyetina (ESA) con albúmina:** Epoetin Alfa (Procrit, Epogen) y Darbopoetin alfa (Aransep), proteínas sintéticas que estimulan la producción de glóbulos rojos.
- **Expansores de volumen que no son productos de la sangre:** líquidos farmacéuticos estériles que se administran por vía intravenosa y están elaborados con agua, sales, azúcares o almidón que ayudan a mantener la cantidad correcta de líquido en los vasos sanguíneos (por ejemplo, lactato de Ringer, cloruro de sodio y Normosol).