



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.

Nom : _____

DDN : _____

Numéro de dossier médical : _____

Consentement à une transfusion sanguine non urgente

1. _____ autorise le médecin traitant/prestataire privilégié
Nom du/de la patient(e)
ci-dessous à me faire une transfusion de sang ou de produits sanguins.
2. Le médecin traitant/le prestataire habilité ci-dessous m'a expliqué en détail, dans la langue de mon choix, la nature de la transfusion proposée et j'ai été informé(e) des avantages et des risques ou des effets secondaires potentiels, y compris des problèmes qui pourraient survenir pendant la convalescence, ainsi que de la probabilité d'atteindre les objectifs proposés.
3. J'ai été informé(e) des alternatives raisonnables à la transfusion proposée, des bénéfices et des risques ou effets secondaires relatifs à ces alternatives, ainsi que des risques de ne pas recevoir de transfusion. J'ai eu la possibilité de poser des questions et toutes mes questions ont reçu une réponse complète et satisfaisante.

Je confirme que j'ai lu (ou que l'on m'a lu) le consentement à la transfusion de sang ou de produits sanguins ci-dessus et que je comprends parfaitement toutes les informations écrites qui m'ont été données concernant la transfusion.

Je comprends que je peux REFUSER une transfusion sanguine en signant dans l'espace approprié ci-dessous.

 J'accepte la transfusion de produits sanguins
 Je N'ACCEPTÉ PAS la transfusion de sang/produits sanguins
**Patient(e)* ou
représentant(e)****

Nom en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Heure

Lien ou « moi-même »
Signature du témoin

Nom en caractères d'imprimerie

Signature

Date

Heure
 Signature du/de la patient(e) confirmée par un témoin (cochez la case le cas échéant)

**Nom ou numéro de
l'interprète dans la
langue préférentielle**

*Nom en caractères d'imprimerie
et/ou numéro*

Signature (si présent[e])

Date

Heure
 Interprète refusé(e) par le/la patient(e) (cochez la case le cas échéant)

 Consentement par téléphone/vidéo (cocher la case si applicable), la signature du/de la patient(e)*/tuteur(-trice)/représentant(e)/interprète n'est pas requise.**

► **Le médecin traitant/prestataire privilégié doit signer l'attestation ci-dessous.**

Je certifie par la présente que la nature, l'objectif, les bénéfices, les risques et les alternatives au traitement proposé ont été expliqués au (à la) patient(e)/tuteur(-trice)/représentant(e)** et que j'ai proposé de répondre à toutes les questions et que j'y ai répondu de manière exhaustive. Je pense que le/la patient(e)/tuteur(-trice)/représentant(e)** a bien compris mes explications et mes réponses. Dans le cas où je n'étais pas présent(e) lorsque le/la patient(e) a signé le présent formulaire, je comprends que ce formulaire est le seul document attestant que la procédure de consentement a bien eu lieu. Je reste responsable de l'obtention du consentement de la part du/de la patient(e).

Nom en caractères d'imprimerie

Signature du médecin traitant/prestataire privilégié

Date

Heure

* La signature du/de la patient(e) doit être obtenue, sauf si le/la patient(e) est âgé de moins de 18 ans ou s'il/si elle est incapable.

** Dans le présent document, le terme « représentant(e) » fait référence à un/une représentant(e) légalement autorisé.



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).

Nom : _____

DDN : _____

Numéro de dossier médical : _____

Informations sur le sang et les produits sanguins

(à remettre au/à la patient(e))

Quels types de produits sanguins peuvent être transfusés ?

- **Les globules rouges** transportent l'oxygène des poumons vers l'organisme.
- **Les plaquettes** sont de petites structures cellulaires qui empêchent les hémorragies en déclenchant la formation de caillots sur le site de la blessure.
- **Le plasma** est la partie liquide du sang qui contient des facteurs contribuant à la formation d'un caillot.
- **Le cryoprécipité** est fabriqué à partir du plasma et est riche en certains facteurs de coagulation particulièrement utiles dans le traitement de certains patients.

Quand une transfusion de sang ou de produits sanguins est-elle recommandée ?

Des transfusions de globules rouges peuvent être nécessaires dans les cas suivants :

- Perte de sang importante causée par un traumatisme ou une intervention chirurgicale.
- Conditions dans lesquelles les globules rouges sont détruits dans l'organisme (p. ex., anémie drépanocytaire).
- Diminution de la production de globules rouges en raison de diverses maladies graves ou d'une chimiothérapie.

Les transfusions d'autres produits sanguins

(plaquettes, plasma et cryoprécipité) sont le plus souvent recommandées pour traiter ou prévenir les hémorragies.

Quels sont les risques liés aux transfusions de produits sanguins ?

La transfusion de sang et de produits sanguins est, dans l'ensemble, une pratique sûre en raison de l'utilisation exclusive de donneurs de sang bénévoles et de tests approfondis. Cependant, elle n'est pas sans risque. Ces risques comprennent les réactions allergiques (p. ex., urticaire, démangeaisons), la fièvre, la surcharge volumique et, dans de très rares cas, des réactions plus graves et/ou des maladies infectieuses telles que l'hépatite et le VIH/SIDA. Le service de transfusion prend des précautions lors de la sélection des donneurs et de la compatibilité du sang pour la transfusion, ce qui permet de minimiser ces risques, sans toutefois les éliminer.

Quelles sont les possibilités de transfusion qui s'offrent à moi ?

En général, les options suivantes concernent principalement la transfusion de globules rouges. Le prestataire de soins et le patient doivent discuter de ces options.

- **Sang donné par un donneur communautaire volontaire** (sang homologue ou allogène).
- **Agents stimulant l'érythropoïétine (ASE) avec de l'albumine** : Epoétine alfa (Procrit, Epogen) et Darbopoétine alfa (Aransep) Protéines synthétiques qui stimulent la production de globules rouges.
- **Non expandeurs du volume sanguin** : Liquides pharmaceutiques stériles administrés par voie intraveineuse et composés d'eau, de sels, de sucres ou d'amidon qui aident à maintenir la quantité correcte de liquide dans les vaisseaux sanguins (p. ex. Ringer lactate, chlorure de sodium et Normosol).