



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.

이름: _____
 DOB: _____
 의료 번호 기록 (MRN): _____

선택적 혈액 수혈에 대한 동의

- _____ 케이스 이름 는 아래의 주치의/특권 제공자에게 혈액 또는 혈액 제제 수혈을 통해 본인을 치료할 수 있도록 승인합니다.
- 아래의 주치의/특권 제공자는 내가 선호하는 언어로 제안된 수혈의 특성을 자세히 설명해 주었으며, 회복 중에 발생할 수 있는 잠재적 문제를 포함하여 잠재적 혜택과 위험 또는 부작용, 제안된 목표 달성 가능성에 대한 정보를 제공받았습니다.
- 본인은 제안된 수혈의 합리적인 대안, 그러한 대안의 상대적 이득과 위험 또는 부작용, 수혈을 받지 않을 경우의 위험에 대해 설명을 들었습니다. 본인은 질문할 기회가 주어졌고, 모든 질문에 충분하고 만족스러운 답변을 받았습니다.

본인은 위의 혈액 또는 혈액 제제 수혈 동의서를 읽었으며(또는 읽어 주었음) 수혈과 관련하여 제공된 모든 서면 정보를 완전히 이해했음을 확인합니다.

본인은 아래 해당란에 서명하여 수혈을 거부할 수 있음을 이해합니다.

혈액 제제 수혈을 받습니다

혈액/혈액 제제 수혈을 받지 않습니다

환자* 또는 대리인**	<small>이름(정자체)</small>	<small>서명</small>	<small>날짜</small>	<small>시간</small>	<small>관계 또는 "본인"</small>
입회인	<small>이름(정자체)</small>	<small>서명</small>	<small>날짜</small>	<small>시간</small>	<input type="checkbox"/> 환자가 서명을 확인하는 모습을 목격함 (해당하는 경우 상자에 체크)
선호 언어 통역사 이름 또는 번호	<small>이름 및/또는 번호(정자체)</small>	<small>서명(통역사)</small>	<small>날짜</small>	<small>시간</small>	<input type="checkbox"/> 환자가 통역을 거부함 (해당하는 경우 상자에 체크)

전화/영상 동의(해당되는 경우 확인란을 선택하세요), 환자*/보호자/대리인**/통역사 서명은 필요하지 않습니다.

▶ **주치의/특권 제공자는 아래 인증서에 서명해야 합니다.**

본인은 주치의/특권 제공자로서, 제안된 치료의 성격, 목적, 이점, 위험 및 대안을 환자/보호자/대리인**에게 설명했으며, 모든 질문에 답변하고 모든 질문에 충분히 답변했음을 증명합니다. 본인은 환자/후견인/대리인**이 본인이 설명하고 답변한 것을 완전히 이해하였다고 믿습니다. 환자가 이 서식에 서명할 때 본인이 없었다면, 본 서식은 단지 동의 제공 절차가 이루어졌다는 기록 문서임을 이해합니다. 환자로부터 동의를 받은 책임은 본인에게 있습니다.

<small>이름(정자체)</small>	<small>주치의/특권 제공자 서명</small>	<small>날짜</small>	<small>시간</small>
------------------------	------------------------------	-------------------	-------------------

* 환자가 18세 미만이거나 신체적 능력이 없는 경우 이외에는 반드시 환자의 서명을 받아야 합니다.

** 본 서류에서 호칭하는 "대리인"이라는 용어는 법률상 자격 있는 대리인을 말합니다.



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).

이름: _____
 DOB: _____
 의료 번호 기록 (MRN): _____

혈액 및 혈액 제제에 대한 정보 (환자에게 제공)

어떤 종류의 혈액 제제를 수혈할 수 있나요?

- 적혈구는 폐에서 체내로 산소를 운반합니다.
- 혈소판은 부상 부위에서 혈전 형성을 시작하여 출혈을 방지하는 작은 세포 구조입니다.
- 혈장은 혈액의 액체 부분으로, 혈전을 형성하는 데 도움이 되는 요소를 포함하고 있습니다.
- 동결 침전물은 혈장으로 만들어지며 특정 환자의 치료에 특히 유용한 특정 응고 인자가 풍부합니다.

혈액 또는 혈액 제제의 수혈은 언제 권장되니까?

적혈구 수혈은 다음과 같은 경우 필요할 수 있습니다:

- 외상이나 수술로 인한 상당한 출혈이 있는 경우.
- 적혈구가 체내에서 파괴되는 상태(예: 겸상 적혈구 빈혈).
- 다양한 심각한 질병이나 화학요법으로 인해 적혈구 생산이 감소합니다.

출혈을 치료하거나 예방하기 위해 다른 혈액 제품(혈소판, 혈장, 동결 침전물)을 수혈하는 것이 가장 일반적으로 권장됩니다.

혈액 제제 수혈의 위험은 무엇입니까?

혈액 및 혈액 제제의 수혈은 자원 헌혈자만을 이용하고 종합적인 통제 전반적으로 안전한 방식으로 이루어지고 있습니다. 하지만 위험이 없는 것은 아닙니다. 이러한 위험에는 알레르기 반응(예: 두드러기, 가려움증), 발열, 체액 과부하, 매우 드물게는 더 심각한 반응 및/또는 감염 및 HIV/AIDS와 같은 감염성 질환이 포함됩니다. 수혈 서비스에서는 기증자를 선별하고 수혈에 적합한 혈액을 찾는 데 예방 조치를 취하는데, 이를 통해 위험을 최소화하지만 완전히 없애지는 못합니다.

수혈 옵션에는 어떤 것이 있나요?

일반적으로 다음 옵션은 주로 적혈구 수혈과 관련이 있습니다. 이러한 옵션에 대해서는 의료 제공자와 환자 간에 논의가 이루어져야 합니다.

- **자발적인 지역 기증자가 기증한 혈액** (동종 혈액 또는 이종 혈액).
- **알부민을 함유한 에리트로포이에틴 자극제 (Erythropoietin Stimulating Agents, ESA):** 에포에틴 알파(Epoetin Alfa) (Procrit, Epogen) 및 다르보포에틴 알파(Darbopoetin alfa) (Aransep) 적혈구 생성을 촉진하는 합성 단백질.
- **비혈액량 확장기:** 혈관 내에 적절한 양의 체액을 유지하는 데 도움이 되는 물, 소금, 설탕 또는 전분으로 만든 정맥 주사용 약제학적 멸균 액체(예: 락테이트 링거액, 염화나트륨 및 노르모솔).