



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.

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Numer dokumentacji pacjenta: _____

Zgoda na dobrowolną transfuzję krwi

1. _____ upoważnia lekarza prowadzącego/ uprawnionego świadczeniodawcę poniżej w celu leczenia poprzez transfuzję krwi lub produktów krwiopochodnych.
Imię i nazwisko pacjenta
2. Lekarz prowadzący/uprawniony świadczeniodawca wymieniony poniżej dokładnie wyjaśnił mi, w moim preferowanym języku, charakter proponowanej transfuzji. Zostałem(-am) również poinformowany(-a) o potencjalnych korzyściach, ryzyku i skutkach ubocznych, w tym o potencjalnych problemach, które mogą wystąpić w okresie rekonwalescencji, a także o prawdopodobieństwie osiągnięcia proponowanych celów.
3. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o rozsądnych alternatywach proponowanej transfuzji, względnych korzyściach i ryzyku lub skutkach ubocznych tych alternatyw, a także o ryzyku związanym z nieotrzymaniem transfuzji. Udzielono mi możliwości zadawania pytań i na wszystkie moje pytania otrzymałem(-am) wyczerpującą i satysfakcjonującą odpowiedź.

Potwierdzam, że przeczytałem(-am) (lub przeczytano mi) powyższą zgodę na transfuzję krwi lub produktów krwiopochodnych i że w pełni rozumiem wszystkie przekazane mi na piśmie informacje dotyczące transfuzji.

Rozumiem, że mogę ODMÓWIĆ transfuzji krwi, składając podpis w odpowiednim miejscu poniżej.

 Akceptuję transfuzję produktów krwiopochodnych
 NIE akceptuję transfuzji krwi/produktów krwiopochodnych

 Pacjent* lub
Przedstawiciel**

Imię i nazwisko wielkimi literami

Podpis

Data

Godzina

Relacja z „pacjentem”

Podpis świadka

Imię i nazwisko wielkimi literami

Podpis

Data

Godzina
 Potwierdza, że pacjent złożył podpis w jego obecności (zaznaczyć pole, jeśli ma zastosowanie)

 Imię i nazwisko lub
numer tłumacza
preferowanego
języka

Imię i nazwisko i/lub numer (drukowanymi literami)

Podpis (jeżeli obecny)

Data

Godzina
 Pacjent nie wyraził zgody na obecność tłumacza (zaznaczyć pole, jeśli ma zastosowanie)

 Zgoda na rozmowę telefoniczną/wideo (zaznaczyć pole, jeśli dotyczy), podpis pacjenta*/opiekuna/przedstawiciela/ tłumacza nie jest wymagany.**

► **Lekarz prowadzący/uprawniony świadczeniodawca musi podpisać poniższe oświadczenie.**

Ja, lekarz prowadzący/uprawniony świadczeniodawca, niniejszym oświadczam, że pacjentowi/opiekunowi/przedstawicielowi** wyjaśniono charakter, cel, korzyści, ryzyko i alternatywy proponowanego leczenia oraz że zadeklarowałem(-am), że odpowiem na wszelkie pytania i udzieliłem(-am) wyczerpującej odpowiedzi na wszystkie takie pytania. Jestem przekonany(-a), że pacjent/opiekun prawny/przedstawiciel** w pełni rozumie moje wyjaśnienia i odpowiedzi. W przypadku mojej nieobecności podczas podpisywania niniejszego formularza przez pacjenta rozumiem, że formularz jest wyłącznie dokumentacją potwierdzającą przeprowadzenie procesu świadomej zgody. Pozostaję odpowiedzialny(-a) za uzyskanie zgody od pacjenta.

Imię i nazwisko wielkimi literami

Podpis lekarza prowadzącego/uprawnionego świadczeniodawcy

Data

Godzina

* Należy uzyskać podpis pacjenta, chyba że pacjent jest osobą poniżej 18 roku życia lub niezdolną do czynności prawnych.

** W niniejszym dokumencie termin „przedstawiciel” odnosi się do prawnie upoważnionego przedstawiciela.



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).

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Numer dokumentacji pacjenta: _____

Informacje o krwi i produktach krwiopochodnych

(do przekazania pacjentowi)

Jakie produkty krwiopochodne można poddawać transfuzji?

- **Czerwone krwinki** transportują tlen z płuc do organizmu.
- **Płytki krwi** to małe struktury komórkowe, które zapobiegają krwawieniu poprzez zapoczątkowywanie tworzenia się skrzepu w miejscu urazu.
- **Osocze** to płynna część krwi zawierająca czynniki pomagające w tworzeniu skrzepu.
- **Krioprecypitat** powstaje z osocza i jest bogaty w pewne czynniki krzepnięcia, szczególnie przydatne w leczeniu niektórych pacjentów.

Kiedy zaleca się transfuzję krwi lub produktów krwiopochodnych?

Transfuzja krwinek czerwonych może być konieczna w następujących przypadkach:

- Znaczna utrata krwi spowodowana urazem lub zabiegiem chirurgicznym.
- Stany chorobowe, w których w organizmie dochodzi do niszczenia czerwonych krwinek (np. niedokrwistość sierpowatokrwinkowa).
- Zmniejszona produkcja czerwonych krwinek z powodu poważnych chorób lub chemioterapii.

Transfuzje innych produktów krwiopochodnych (płytek krwi, osocza i krioprecypitatu) są najczęściej zalecane w celu leczenia lub zapobiegania krwawieniom.

Jakie jest ryzyko związane z transfuzją produktów krwiopochodnych?

Transfuzja krwi i produktów krwiopochodnych jest ogólnie rzecz biorąc bezpieczną praktyką ze względu na wyłączenie korzystanie z krwi od honorowych dawców krwi i kompleksowe badania. Nie jest ona jednak pozbawiona ryzyka. Do ryzyka zalicza się reakcje alergiczne (np. pokrzywkę, świąd), gorączkę, przeciążenie płynami, a w bardzo rzadkich przypadkach także cięższe reakcje i/lub choroby zakaźne, takie jak zapalenie wątroby i HIV/AIDS. Pracownicy opieki zdrowotnej zajmujący się transfuzjami podejmują środki ostrożności w zakresie badania dawców i dobierania krwi do transfuzji, co dodatkowo minimalizuje, ale nie eliminuje wspomnianego ryzyka.

Jakie mam możliwości transfuzji?

Ogólnie rzecz biorąc, poniższe opcje odnoszą się przede wszystkim do transfuzji czerwonych krwinek. Należy omówić te opcje między świadczeniodawcą a pacjentem.

- **Krew oddana przez honorowego dawcę krwi** (krew homologiczna lub allogeniczna).
- **Środki stymulujące erytropoetynę (ESA) z albuminą:** Syntetyczne białka epoetyna alfa (Procrit, Epogen) i darbepoetyna alfa (Aransep) stymulujące produkcję czerwonych krwinek.
- **Środki niebędące krwią zwiększające objętość:** Farmaceutyczne płyny sterylne podawane dożylnie, wykonane z wody, soli, cukrów lub skrobi, które pomagają utrzymać prawidłową ilość płynu w naczyniach krwionośnych (np. płyn Ringera z dodatkiem mleczanu, chlorek sodu i Normosol).