



**Mount
Sinai**

Mount Sinai Health System | New York, NY

Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

Consent for Elective Blood Transfusion

1. _____ authorize the Attending/Privileged Provider below
Patient Name
to treat me with a transfusion of blood or blood products.

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** | <i>Print name</i> | <i>Signature</i> | <i>Date</i> | <i>Time</i> | <i>Relationship or "self"</i> |
| Signature Witness | <i>Print name</i> | <i>Signature</i> | <i>Date</i> | <i>Time</i> | <input type="checkbox"/> Witnessed Patient confirming signature (check box if applicable) |
| Preferred Language Interpreter Name or Number | <i>Print name and/or number</i> | <i>Signature (if present)</i> | <i>Date</i> | <i>Time</i> | <input type="checkbox"/> Patient refused interpreter (check box if applicable) |

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.



Mount Sinai Health System | New York, NY

Имя и фамилия: _____

Дата рождения: _____

Номер медицинской карты: _____

Согласие на плановое переливание крови

- Я, _____, разрешаю лечащему врачу / уполномоченному поставщику медицинских услуг, указанному ниже, провести мне переливание крови или ее препаратов.
- Указанный ниже лечащий врач / уполномоченный поставщик медицинских услуг полностью разъяснил мне на предпочтительном для меня языке суть предлагаемого переливания крови и проинформировал меня о его потенциальной пользе и рисках или побочных эффектах, в том числе о возможных проблемах, которые могут возникнуть во время восстановления, а также о вероятности достижения поставленных целей.
- Мне сообщили о целесообразных альтернативах предлагаемому переливанию крови, их соответствующей пользе и рисках или побочных эффектах, а также о рисках в случае отказа от переливания крови. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, и на все мои вопросы были даны исчерпывающие и удовлетворительные ответы.

Я подтверждаю, что прочитал(-а) (или мне прочитали) приведенное выше согласие на переливание крови или ее препаратов и полностью понимаю всю предоставленную мне письменную информацию о переливании крови.

Я знаю, что могу ОТКАЗАТЬСЯ от переливания крови, поставив подпись в соответствующем месте ниже.

Я соглашаюсь на переливание препаратов крови

Я НЕ соглашаюсь на переливание крови или ее препаратов

Пациент* или
представитель**

Имя и фамилия печатными буквами

Подпись

Дата

Время

Кем приходится
пациенту или
«сам пациент»

Подпись свидетеля

Имя и фамилия печатными буквами

Подпись

Дата

Время

Свидетельствую что,
пациент подписал
документ
(отметьте, если
применимо)

Имя и фамилия или
номер переводчика
предпочтительного
языка

Имя и фамилия печатными
буквами и/или номер

Подпись (если имеется)

Дата

Время

Пациент отказался
от услуг переводчика
(отметьте, если
применимо)

Согласие, полученное посредством телефонного или видеозвонка (отметьте, если применимо), подпись пациента*/
опекуна/представителя**/переводчика не требуется.

► Лечащий врач или уполномоченный поставщик медицинских услуг должен подписать нижеследующее заявление.

Я, лечащий врач / уполномоченный поставщик медицинских услуг, настоящим удостоверяю, что суть, цель, польза и риски предложенного лечения, а также его альтернативные варианты были разъяснены пациенту/опекуну/представителю** и ему было предложено задать любые вопросы, на все из которых даны исчерпывающие ответы. Я полагаю, что пациент/опекун/представитель** полностью понимает все мои разъяснения и ответы. Если настоящая форма была подписана пациентом в мое отсутствие, я понимаю, что эта форма является лишь документальным подтверждением факта получения информированного согласия. Я по-прежнему несу ответственность за получение согласия пациента.

Имя и фамилия печатными буквами

Подпись лечащего врача / уполномоченного поставщика услуг

Дата

Время

* Подпись пациента необходима за исключением ситуаций, когда пациенту еще не исполнилось 18 лет или он является недееспособным.

** В этом документе термин «представитель» обозначает юридически уполномоченного представителя.

ПРИМЕЧАНИЕ. ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВКЛЮЧЕН
В МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ ПАЦИЕНТА.



Mount Sinai Health System | New York, NY

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).

Имя и фамилия: _____

Дата рождения: _____

Номер медицинской карты: _____

Информация о крови и ее препаратах

(предоставляется пациенту)

Какие виды препаратов крови могут переливаться?

- **Эритроциты** — переносят кислород из легких в организм.
- **Тромбоциты** — небольшие клеточные структуры, которые предотвращают кровотечение, запуская образование тромбов в месте повреждения.
- **Плазма** — жидкая часть крови, которая содержит факторы, способствующие образованию тромба.
- **Криопреципитат** — изготавливается из плазмы крови и имеет высокое содержание определенных факторов свертывания, которые особенно полезны при лечении некоторых пациентов.

В каких случаях рекомендуется переливание крови или ее препаратов?

Переливание эритроцитов может быть показано при:

- значительной потере крови, вызванной травмой или хирургическим вмешательством;
- заболеваниях, связанных с разрушением эритроцитов в организме (например, при серповидноклеточной анемии);
- снижении выработки эритроцитов вследствие различных тяжелых заболеваний или химиотерапии.

Переливание других препаратов крови

(тромбоцитов, плазмы и криопреципитата) чаще всего рекомендуются для остановки или предотвращения кровотечения.

Какие риски связаны с переливанием препаратов крови?

Переливание крови и ее препаратов в целом является безопасной процедурой благодаря привлечению только добровольных доноров крови и ее комплексному анализу. Однако она имеет некоторые риски. К ним относятся аллергические реакции (например, крапивница, зуд), лихорадка, гиперволемия, а в очень редких случаях — более тяжелые реакции и/или инфекционные заболевания, такие как гепатит и ВИЧ/СПИД. Служба переливания крови принимает меры предосторожности при проверке доноров и подборе крови для переливания. Это еще больше минимизирует, но не устраниет эти риски.

Какие варианты переливания крови мне показаны?

Как правило, приведенные ниже варианты относятся прежде всего к переливанию эритроцитов. Они должны обсуждаться поставщиком медицинских услуг и пациентом.

- **Кровь, сданная добровольным донором** (гомологичная или аллогенная).
- **Препараты, стимулирующие эритропоэтин (Erythropoietin Stimulating Agents, ESA), с альбумином:** синтетические белки эпоэтин альфа (Procrit, Erogen) и дарбопоэтин альфа (Aransep), стимулирующие выработку эритроцитов.
- **Некровяные плазмозаменители:** фармацевтические стерильные жидкости, состоящие из воды, солей, сахаров или крахмала, которые вводятся внутривенно и помогают поддерживать необходимое количество жидкости в кровеносных сосудах (например, лактат Рингера, хлорид натрия и Normosol).