



Consentement pour du sang ou des produits sanguins

Page 1 de/of 2

Votre médecin ou professionnel de la santé a proposé que vous avez ou vous aurez besoin d'une transfusion sanguine et a discuté avec vous les risques, les avantages et les alternatives disponibles.

Le médecin ou professionnel de la santé:

- m'a expliqué la raison et la description des produits et/ou composants sanguins dont j'aurai besoin;
- m'a informé des risques et avantages, incluant les risques potentiellement mortels; et
- les alternatives, si appropriées dans les circonstances cliniques, incluant les avantages et les risques.

- m'a informé des alternatives disponibles à la transfusion sanguine, incluant les risques et les avantages;
- m'a informé des risques possibles si je refuse la transfusion sanguine et;
- a répondu à mes questions au sujet du traitement.

J'ai lu (ou on m'a lu) et je comprends les consignes indiquées ci-haut. J'accepte de recevoir la transfusion des produits et/ou composants sanguins si ceci devient nécessaire durant le traitement.

Patient ou mandataire spécial	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
-------------------------------	-----------	-------------------

Je refuse de recevoir du sang ou des produits sanguins

Patient ou mandataire spécial	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
-------------------------------	-----------	-------------------

SECTION REMPLIE PAR LE MÉDECIN OU LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

(Veuillez prendre note que la section 3.6.4 de la politique de l'HGH portant sur le consentement au traitement stipule que le traitement peut être retardé en l'absence du professionnel de la santé.)

Je confirme avoir expliqué la nature de la transfusion sanguine, les avantages anticipés, les risques et les effets secondaires importants, les autres solutions possibles ainsi que les conséquences probables liées à un refus d'une transfusion sanguine. J'ai répondu à toute autre demande de renseignements de la part du patient en ce qui concerne l'information ci-dessus.

Durée du consentement pour la transfusion sanguine (veuillez en cocher une).

Valide pour l'admission courante.

Valide comme plan de traitement jusqu'à 12 mois.

Professionnel de la santé /Médecin	Signature	Date (aaaa/mm/dd)
------------------------------------	-----------	-------------------

Nom de l'interprète (s'il y a lieu)	Signature de l'interprète	Date (aaaa/mm/dd)
-------------------------------------	---------------------------	-------------------

CONSENTEMENT OBTENU PAR TÉLÉPHONE Nom du mandataire spécial	Signature (du membre du personnel confirmant le consentement par téléphone)	Date(aaaa/mm/dd)
--	---	-------------------

LISTE DE VÉRIFICATION DES SOLUTIONS DE RECHANGE en cas de refus de transfusion sanguine pour des motifs personnels ou religieux

La présente liste est conçue pour guider la discussion entre le médecin et le patient au sujet des alternatives possibles à la transfusion sanguine. Il faut aussi demander au patient de signer un formulaire de refus de transfusion de sang et de produits sanguins. Le patient ou son mandataire spécial doit cocher chaque case applicable et inscrire ses initiales à côté de chaque case cochée.

	Accepté	Refusé
Produits sanguins (principaux éléments)		
Globules rouges	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Plasma	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Plaquettes	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Cryoprécipité	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Produits sanguins fractionnés		
Albumine	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Facteurs de coagulation dérivés du plasma	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Immunoglobulines	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Colles de fibrine	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Médicaments		
Érythropoïétine (peut contenir de l'albumine)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Facteurs de coagulation recombinants	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Interventions		
Hémodilution normovolémique aiguë (n/d à HGHC)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Récupération sanguine pendant ou après la chirurgie (n/d à HGHC)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Hypotension contrôlée (n/d à HGHC)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Je demande que seules les alternatives à la transfusion sanguine que j'ai acceptée(s) ci-dessus me soient données, le cas échéant. J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions.		
Nom du patient en lettres moulées	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
Nom du mandataire spécial en lettres moulées	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
DÉCLARATION DU MÉDECIN OU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ		
J'ai expliqué la nature des produits et des traitements susmentionnés. J'ai aussi expliqué les avantages, les risques et les effets secondaires des produits et traitements applicables au patient. J'ai répondu à toutes les questions du patient ou de son mandataire spécial.		
Nom du médecin ou professionnel de la santé	Signature	Date (aaaa/mm/dd)