



N° DE DOSSIER : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

Installation : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT ET NOTIFICATION À L'ADMINISTRATION DE PRODUITS SANGUINS

### CONSENTEMENT À L'ADMINISTRATION DE PRODUITS SANGUINS

Note du médecin sur le consentement libre et éclairé de l'utilisateur à l'administration de produits sanguins retracée au dossier de l'utilisateur :

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nom de l'infirmier ou infirmière (lettres moulées) Signature Date (aaaa/mm/jj)

Je reconnais avoir été informé par mon médecin, Dr \_\_\_\_\_, de la nécessité ou de la probabilité de recevoir une transfusion de sang et/ou de ses dérivés durant mon hospitalisation / épisode de soins. J'ai obtenu des réponses claires et satisfaisantes à mes questions. J'ai été informé des :

Avantages et des risques reliés à ce traitement  Alternatives possibles selon ma condition médicale

Documentation remise  OUI  NON

#### Ce consentement est valide pour :

La durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins en cours

Une période de \_\_\_\_\_ à compter de la date de la signature pour la clientèle externe (maximum 1 an).

Non applicable: La condition médicale de l'utilisateur a nécessité une ou des transfusions sans que son consentement ait été obtenu.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nom de l'utilisateur / représentant de l'utilisateur (lettres moulées) Signature Date (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nom du médecin (lettres moulées) # Permis Signature Date (aaaa/mm/jj)

### REFUS DE TRANSFUSION

Je refuse de recevoir tout produit sanguin. J'ai été informé des conséquences possibles de mon refus sur ma condition médicale et j'ai reçu toutes les informations nécessaires à ma prise de décision.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nom de l'utilisateur / représentant de l'utilisateur (lettres moulées) Signature Date (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nom du médecin, infirmier ou infirmière (lettres moulées) # Permis MD Signature Date (aaaa/mm/jj)

**JE COMPRENDS QUE LE CONSENTEMENT OU LE REFUS N'EST PAS DÉFINITIF ET PEUT ÊTRE MODIFIÉ EN TOUT TEMPS.**

### AVIS DE NOTIFICATION

JE DÉCLARE ÊTRE INFORMÉ D'AVOIR REÇU DES PRODUITS SANGUINS.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature de l'infirmier ou infirmière Signature de l'utilisateur / représentant de l'utilisateur Date (aaaa/mm/jj)