

	DOCUMENTS DE GESTION DE LA QUALITÉ	Numéro de document : TH-DK-18 Date de publication : 23.10.2023 Numéro de révision : 00 Date de révision... Numéro de page: 1 / 1
	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LA GREFFE DE SANG ET DE COMPOSANTS SANGUINS(*)	

Nom et prénom du patient :

Numéro de dossier:

**JE NE SOUHAITE PAS ÊTRE INFORMÉ DU PROBLEME (\*\*)**

Mon médecin / le médecin de mon patient .....

m'a informé / mon patient que la transfusion de sang et de composants sanguins peut entraîner une amélioration significative ou un changement positif de la maladie.

Sang et composants sanguins (également exempts de déleucocytes, irradiés, lavés) :

- Le sang total,
- Suspension érythrocytaire
- Plasma frais congelé
- Peut être une suspension plaquettaire ou un cryoprécipité.

**Les avantages et les risques de cette procédure de transplantation et des traitements alternatifs ont été expliqués. J'ai appris ça; Bien que le sang et les composants sanguins soient préparés et testés conformément aux règles juridiques et scientifiques, ils peuvent provoquer chez moi/mon patient diverses réactions immunologiques, allergiques, microbiennes, physiques ou chimiques imprévisibles ; Bien que ces réactions soient généralement légères ou modérées, elles peuvent rarement être suffisamment graves pour mettre la vie en danger ; J'ai appris que ces réactions peuvent être fatales malgré des tentatives de traitement réussies, et que cela peut même se produire lorsque mon propre sang est donné. Je sais que même testé avec les méthodes les plus récentes, certains virus (tels que le SIDA, les virus de l'hépatite, l'hépatite B, l'hépatite C) peuvent rarement être transmis par transfusion de sang ou de composants sanguins et, par conséquent, il existe une possibilité qu'une infection se développe des mois ou des années plus tard.**

J'ai eu l'occasion de poser des questions sur les transfusions de sang et de composants sanguins. Ce « consentement éclairé » que j'ai donné est valable jusqu'à ma sortie de l'hôpital (\*\*\*)�.

J'ai été informé de la transfusion de sang et de composants sanguins pour moi-même ou pour mon patient et j'ai compris ce qui était écrit/expliqué.

J'APPROUVE

JE N'APPROUVE PAS

Date/Heure :

Nom et prénom du patient/parent du patient :

Signature :

Témoin : Infirmière/Médecin Nom-Prénom :

Signature :

Nom-Prénom du Médecin :

Signature:

## REMARQUES

\* Si le patient est âgé de plus de 18 ans et est conscient, il devra approuver lui-même ce formulaire. Dans le cas contraire, l'accord doit être donné par le parent au premier degré du patient (mère, père, frère ou sœur, conjoint, enfant).

\*\*Dans les cas où le patient ne souhaite pas être informé, il doit signer de sa main la déclaration « Je ne souhaite pas être informé » au bas de ce formulaire.

\*\*\* Le patient/un proche du patient a le droit de révoquer à tout moment son consentement à une transfusion de produits sanguins. Dans un tel cas, le patient doit signer un nouveau formulaire de consentement.