Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec

B A 0 1 2

INSTALLATION : _____

CONSENTEMENT

THÉRAPIES TRANSFUSIONNELLES ET PRODUITS DÉRIVÉS CHEZ LES USAGERS REFUSANT CERTAINS OU TOUS LES PRODUITS SANGUINS

DATE | Année | Mois | Jour |

☐ Je consens, pour moi-même ou pour l'usager identifié ci-dessus, à la transfusion et/ou l'administration des produits suivants :

PRODUITS SANGUINS LABILES		
Culots globulaires	☐ Oui	☐ Non
Plaquettes	☐ Oui	☐ Non
Plasmas	☐ Oui	☐ Non
Commentaires : _____		

PRODUITS DÉRIVÉS DU SANG HUMAIN		
Cryoprécipités	☐ Oui	☐ Non
Albumine	☐ Oui	☐ Non
Facteurs de coagulation humains (Ex. : fibrinogène, facteur VIII, facteur IX, facteur de von Willebrand et autres)	☐ Oui	☐ Non
Complexe prothrombique (Ex. : Bériplex)	☐ Oui	☐ Non
Concentré d'antithrombine, protéine C	☐ Oui	☐ Non
Matrice hémostatique (Ex. : Floseal)	☐ Oui	☐ Non
Colle de fibrine (Ex. : Tisseel, Artiss, Evicel)	☐ Oui	☐ Non
Immunoglobulines	☐ Oui	☐ Non
Commentaires : _____		

PRODUITS RECOMBINANTS ET NON DÉRIVÉS DU SANG		
Facteur VII activé recombinant (Ex. : Niastase)	☐ Oui	☐ Non
Facteurs de coagulation recombinants (Ex. : facteur VIII, facteur IX)	☐ Oui	☐ Non
Gélatine bovine (Ex. : Gelfoam)	☐ Oui	☐ Non
Cellulose oxydée (Ex. Surgicel, Oxycel)	☐ Oui	☐ Non
Agents stimulateurs de l'érythropoïèse (Ex. : érythropoïétine/darbépoïétine)	☐ Oui	☐ Non
Commentaires : _____		

FDCU-BS-003

Nom de l'usager : _____ Nº dossier : _____

TECHNIQUES D'ÉPARGNE SANGUINE		
Hémodilution	☐ Oui	☐ Non
Autotransfuseur (« cellsaver »)	☐ Oui	☐ Non
Nécessité absolue d'un circuit fermé relié en permanence à l'usager	☐ Oui	☐ Non
Commentaires : _____		

Je confirme avoir été informé verbalement de la nature du traitement, des bénéfices escomptés, des risques, des alternatives et des conséquences d'un refus de traitement. Je comprends que mon consentement est révocable en tout temps par moi-même ou mon représentant légal. Ce consentement est valide pour la durée de l'épisode de soins actuel.

Signature de l'usager ou du représentant légal	Nom en caractère d'imprimerie	Date

DÉCLARATION DU MÉDECIN
J'ai expliqué verbalement la nature du traitement, les bénéfices escomptés, les risques, les alternatives et les conséquences du refus de traitement à l'usager ci-dessus ou à son représentant légal et j'ai répondu à toutes ses questions.

Signature du médecin	Nom en caractère d'imprimerie	N° permis	Date