



MOCLI60786

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

CONSENTEMENT/REFUS PRODUITS SANGUINS ET ALTERNATIVES (TÉMOINS DE JÉHOVAH)

Le consentement/refus est valide pour un an et peut être modifié par l'utilisateur ou son représentant légal à tout moment, de manière écrite ou verbale.

Ce formulaire est complémentaire au AH-113 *Consentement à la transfusion de produits sanguins labiles ou dérivés du plasma humain* lorsque des précisions sont nécessaires et doit être signé par un professionnel légalement autorisé à obtenir le consentement.

Date : _____
(aaaa/mm/jj)

Je, usager ou représentant légal de l'utilisateur, identifié ci-dessus consens à la transfusion et/ou l'administration des produits suivants :

Produits sanguins labiles		
Culots globulaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Plaquettes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Plasmas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cryoprécipités	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Commentaires :		
Produits dérivés du plasma		
Facteurs de coagulation spécifiques (Ex. : fibrinogène, facteur VIII et autres)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Complexe prothrombique (Ex. : Bériplex)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Colle de fibrine (Ex. : Tisseel, Artiss, Evicel) ou matrice hémostatique Floseal (thrombine-gélatine)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Immunoglobulines	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Albumine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Commentaires :		
Produits recombinants et non dérivés du sang		
Facteur VII activé recombinant (Ex. : Niasbase)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Facteurs de coagulation recombinants (Ex. : facteur VIII, facteur IX)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Gelfoam (gélatine porcine)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Surgicel, Oxycel (cellulose oxydée)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Médicaments

Les médicaments suivants pourraient être utilisés en soutien à la production d'hémoglobine ou en soutien à l'hémostase : Érythropoïétine humaine recombinante (ne provenant pas de sang humain), supplément de fer oral ou perfusion de fer intraveineux, suppléments de vitamine B12 et acide folique, acide tranexamique, DDAVP.

Je, usager ou représentant légal de l'usager, confirme comprendre l'information verbale qui a été donnée quant à la nature du traitement, les bénéfices escomptés, les risques, les alternatives et les conséquences d'un refus de traitement et j'assume tous les risques inhérents à ma décision d'accepter ou de refuser la transfusion et/ou l'administration des produits sanguins identifiés dans le présent formulaire. Je confirme également avoir eu l'opportunité de discuter de ce qui précède avec un professionnel de la santé et avoir obtenu des réponses à mes questions. Je comprends également que mon consentement est révoquant en tout temps, de façon verbale ou écrite, par moi-même ou par le représentant légal.

Nom de l'usager ou représentant légal
(en lettre moulée)

Signature

Date
(aaaa/mm/jj)

Déclaration du médecin

Je confirme avoir 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 d'avoir répondu à toutes ses questions.

Nom du médecin
(en lettre moulée)

Signature

N° de permis

Date
(aaaa/mm/jj)

Faire parvenir une copie à la banque de sang.

Références :

Liste des produits stables distribués par Héma-Québec (20-07-2023). Consulter la version en cours au : <https://www.hema-quebec.qc.ca/sang/professionnels-sante/produits-sanguins-stables/index.fr.html>

Notice d'accompagnement portant sur les produits sanguins labiles. Héma-Québec. Octobre 2023.