



CONSENT FOR BLOOD AND/OR BLOOD PRODUCT(S)



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Your physician/Health Practitioner has proposed you need or may need a blood transfusion and has discussed the risks, benefits and available options.

The physician/Health Practitioner:

- Has explained the reason for and the type of blood product(s) that I need;
- Has explained the risks, side effects and expected benefits;
- Has told me about other possible or available options to blood transfusion including the risks and benefits;
- Has told me about the possible effects if I refuse the blood transfusion; and
- Has answered my questions about the treatment.

I understand these explanations and I agree to receive blood and/or blood product(s). I have received, read and understand the Blood Transfusion: Information for Patients and Families booklet P000.

Patient or Substitute Decision Maker (SDM)	Signature	Date (yyyy/mm/dd)
--------------------------------------------	-----------	-------------------

I refuse to receive blood and/or blood product(s).

Patient or Substitute Decision Maker (SDM)	Signature	Date (yyyy/mm/dd)
--------------------------------------------	-----------	-------------------

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/HEALTH PRACTITIONER

(Please note as per TOH Consent to Treatment policy section 3.6.4, "treatment may be delayed in the absence of the Health Practitioner's signature.")

I confirm that I have explained the nature of the blood transfusion, expected benefits, material risks, material side effects, special and unusual risks, alternative courses of action and the likely consequences of not receiving the blood transfusion. I have responded to requests for additional information regarding above.

Duration of consent for blood transfusion (please check one).

- Valid for current admission.
- Valid as part of an ongoing treatment plan up to 12 months.

Health Practitioner/Physician (printed name)	Signature	Date (yyyy/mm/dd)
----------------------------------------------	-----------	-------------------

Name of Interpreter (if required)	Signature of Interpreter	Date (yyyy/mm/dd)
-----------------------------------	--------------------------	-------------------

TELEPHONE CONSENT		
Name of Substitute Decision Maker (SDM)	Signature (staff confirming telephone consent)	Date (yyyy/mm/dd)



CONSENTEMENT POUR DU SANG OU DES PRODUITS SANGUINS



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

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 des risques, des avantages et des options disponibles.

Le médecin ou professionnel de la santé :

- m'a expliqué la raison pour et le type de produit(s) sanguin(s) dont j'aurai besoin;
- m'a expliqué les risques, les effets secondaires et les avantages anticipés;
- m'a informé d'autres options ou des options disponibles de la transfusion sanguine incluant les risques et avantages;
- m'a informé des effets possibles si je refuse la transfusion sanguine; et
- a répondu à mes questions au sujet du traitement.

Je comprends ces explications et j'accepte de recevoir du sang ou des produits sanguins. J'ai reçu, lu et comprends le livret P000 intitulé Transfusion sanguine : Renseignements pour les patients et leurs famille.

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'HO portant sur le consentement au traitement stipule que le traitement peut être retardé en l'absence de la signature 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/jj)
-----------------------------------	-----------	-------------------

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

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