

IDENTIFICATION DU PATIENT

**Consentement éclairé
Refus d'administration de sang et/ou de dérivés sanguins**

Les médecins et le chirurgien m'ont informé(e) dans un langage clair et facile à comprendre:

- De la nature du problème de santé.
- De l'objectif et de la nécessité de l'intervention chirurgicale/traitement* proposé(e).
- Des avantages, inconvénients et éventuelles alternatives à cette chirurgie/ce traitement*.
- Des conséquences potentielles, des risques d'échec ou de complications qui peuvent, entre autre, nécessiter l'administration de sang ou de dérivés sanguins.
- Des avantages que comportent la transfusion de sang et/ou de dérivés sanguins.
- De mon droit de refuser cette administration de sang et/ou dérivés sanguins.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et le Docteur..... y a répondu de façon complète et compréhensible.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours d'une hospitalisation/d'une intervention*, une découverte ou un évènement imprévu pourrait conduire le médecin à étendre l'intervention/son traitement* en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement.

J'accepte les modifications de méthode qui pourraient s'avérer nécessaires pendant l'intervention/l'hospitalisation*.

Compte-tenu de toutes ces informations, je maintiens mon refus relatif à l'administration/transfusion de sang et/ou de dérivés sanguins, même s'ils sont jugés indispensables par le chirurgien ou par le médecin anesthésiste réanimateur pour toute complication/évolution pré-, per- et postopératoire/traitement* et je suis conscient(e) du risque de décès si l'équipe soignante respecte mon refus de m'administrer du sang.

Je soussigné(e), née le marque mon accord pour la réalisation de l'intervention chirurgicale/la poursuite des traitements*, mais refuse que du sang et/ou des dérivés sanguins me soient administrés en cours d'intervention ou dans le décours de mon hospitalisation.

Fait à, le
Signature

**Biffer les notions inutiles*