

Hospitalisation ou période de traitement d'une durée limitée

Traitement prolongé : _____ an (pour la durée de la validité de la prescription ou jusqu'à un changement dans l'état de l'utilisateur)

2. DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL LÉGALEMENT AUTORISÉ À RECEVOIR LE CONSENTEMENT OU LE REFUS

J'ai expliqué à l'utilisateur – et à la personne légalement autorisée, le cas échéant – la nature du traitement, les bénéfices escomptés, les risques possibles, les autres options ainsi que les conséquences possibles pour l'utilisateur en cas de refus du traitement et j'ai répondu aux questions posées.

Le cas échéant, j'ai obtenu le consentement ou le refus verbal, légalement, de la part :

de l'utilisateur ;

de la personne légalement autorisée (nom, prénom : _____ et lien : _____).

Notes sur la discussion quant à l'obtention du consentement ou du refus libre et éclairé concernant la transfusion et aux types de produits administrés :

Nom et prénom du professionnel autorisé	Signature du professionnel autorisé	Numéro de permis	Date		
			Année	Mois	Jour

3. CONSENTEMENT OU REFUS OBTENU DE L'USAGER ou de la personne légalement autorisée

Je, _____ (prénom et nom en caractères d'imprimerie de l'utilisateur ou de la personne légalement autorisée signataire), déclare avoir lu le présent formulaire et avoir reçu du prescripteur ou professionnel légalement autorisé les informations et les explications nécessaires à ma compréhension. Ainsi, je comprends ce que sont le traitement, la raison pour laquelle celui-ci m'est proposé, ses avantages, ses risques, les autres options et les conséquences possibles de mon refus, selon ma situation clinique. J'ai pu en discuter avec le prescripteur pour ma compréhension. J'ai eu l'occasion de poser mes questions et le prescripteur y a répondu à ma satisfaction. J'ai eu le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision.

JE CONSENS, de façon libre et éclairée, à recevoir des produits sanguins labiles ou dérivés du plasma humain, soit pendant mon hospitalisation ou la période de traitement soit pour la validité de la prescription ou jusqu'à un changement dans mon état.