|  |
| --- |
| HVCVL/HAD/TRANSFUSION/CONSENTEMENT-ECLAIRE |
| Date de rédaction : 12/2021 |
| Date de diffusion : 01/2022 |
| Version : 01 |

**Consentement éclairé-Autorisation de soins**

***Textes de références*** :

* Document cadre HAD et transfusion du 20 avril 2018 / SFTS – SFVTT – Version actualisée 2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| Dr.JONCAMédecin coordonnateur HAD Santé Relais domicile Toulouse | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle**Mme Marjorie BLIN**Assistante | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle |

**CONSENTEMENT ECLAIRE / AUTORISATION DE SOINS**

**Je soussigné(e) : Nom**……………………………… **Prénom :** ….…………………..

 Agissant pour moi-même

Agissant pour le majeur protégé,

Nom…………………………. Prénom…………………… , dont je suis le représentant légal

Certifie avoir été informé(e) en des termes clairs, appropriés et compréhensibles, par le Docteur : …………………………………………………………………… :

* Sur mon état de santé actuel et les différentes investigations, examens, actes thérapeutiques et soins proposés,
* De l’évolution possible de la maladie en cas de refus de soins,
* Des bénéfices escomptés,
* Des complications et des risques possibles, y compris des risques vitaux,
* Des alternatives éventuelles avec leurs bénéfices et inconvénients,
* De la réalisation, en cours de prise en charge, d’actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement en cas d’évènement imprévu.

Et avoir donné mon consentement éclairé au Docteur : ………………………….…….

Et déclare autoriser la transfusion sanguine et les soins proposés.

**Je soussigné(e) :** **Nom**……………………………… **Prénom :** .……………………..

**proche du patient ci-dessus nommé,**

Certifie avoir été informé(e) en des termes clairs, appropriés et compréhensibles par le Docteur : ………………………………………………………………………… :

* Sur l’obligation de rester au chevet de M. ou Mme ……………………………….… dans les deux heures qui suivent la fin de l’acte transfusionnel
* Et de contacter en urgence le numéro de l’astreinte infirmière si les signes cliniques suivants apparaissent suite à cet acte transfusionnel : fièvre, difficultés respiratoire, douleur, coloration anormale des urines, rash cutané.

Date : ……./……./…..….

**Signature du Patient : Signature du proche :**

**Si nécessaire Signature du tuteur légal :**