

Identification patient

Coller l'adressogramme ou compléter :

Nom / Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° patient : _____

Informations pratiques

À compléter par le médecin :

Date de la déclaration : ____/____/____

Validité : 12 mois à compter de la signature

En application de l'art. 8 § 4 de la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, je soussigné(e) exerce mon droit de refuser un traitement spécifique. Cette déclaration a été établie après information complète par le médecin désigné ci-dessus.

1. INFORMATION REÇUE ET COMPRISE

Je déclare avoir été informé(e) par le médecin anesthésiste concernant :

- Les risques médicaux liés au refus de transfusion, pouvant inclure **le décès ou des séquelles graves et irréversibles** en cas d'hémorragie ;
- Les alternatives thérapeutiques disponibles (voir section 4) et leurs limites ;
- Le fait que ce refus lie l'équipe médicale **même en cas de risque vital immédiat**.

2. PRODUITS SANGUINS REFUSÉS — Cocher toutes les cases applicables

- | | |
|--|---|
| ☐ Sang total | ☐ Concentrés de globules rouges (CGR) |
| ☐ Concentrés plaquettaires (CP) | ☐ Plasma frais congelé (PFC) |
| ☐ Albumine humaine | ☐ Immunoglobulines d'origine humaine |
| ☐ Facteurs de coagulation humains (fibrinogène, facteur VIII, IX) | ☐ Récupération de sang per-opératoire (Cell Saver) |
| ☐ Autotransfusion préopératoire différée | |

3. ALTERNATIVES NON SANGUINES — Cocher les options acceptées

- | | |
|---|---|
| ☐ Érythropoïétine (EPO) | ☐ Fer intraveineux (FerInject®) |
| ☐ Acide tranéxamique (Exacyl®) | ☐ Cristalloïdes et colloïdes de synthèse |
| ☐ Agents hémostatiques locaux | ☐ Autres mesures d'épargne sanguine chirurgicale |

4. DÉCLARATION DE LIBRE ARBITRE ET DE PERSISTANCE

Je déclare expressis verbis :

1. Être en pleine possession de mes facultés mentales au moment de la signature ;
2. Que cette décision est libre, éclairée et non soumise à contrainte extérieure ;
3. Que cette directive s'applique même si ma vie est en danger immédiat, y compris en cas d'inconscience ou d'incapacité à exprimer ma volonté ;
4. Que je décharge l'équipe médicale de toute responsabilité civile et pénale liée aux conséquences directes du respect de mon refus.

5. SIGNATURES

Patient(e)

Nom - Prenom : _____

Date : ____/____/____

Signature : _____

Atteste avoir signé librement

Medecin Informateur

Dr : _____

Date : ____/____/____

Signature : _____

Atteste avoir informé le patient

Temoin (facultatif)

Nom : _____

Date : ____/____/____

Signature : _____

Atteste l'absence de contrainte

