



Minnesota Informed Consent

Consent form for surgery or invasive procedure

Consent for surgery or invasive procedure

1. I [print patient's name]: _____

a. Agree that I will have [include both the medical term and patient words]: _____

b. At [name of facility]: _____

c. The reason for this procedure is [medical condition]: _____

d. This will be done or supervised by: _____

e. My doctor may have help from others. Help could include opening and closing the wound. Help might also include taking grafts, cutting out tissue, implanting devices. I have been told who will help, if known. The key team members that will assist are:

Name/title: _____

Critical task: _____

Name/title: _____

Critical task: _____

Name/title: _____

Critical task: _____

Согласие на операцию или процедуру с хирургическим вмешательством

1. Я [имя пациента печатными буквами]: _____

a. Соглашаюсь на [укажите как медицинский термин, так и слова пациента]: _____

б. В [название учреждения]: _____

в. Основанием для этой процедуры является [медицинское состояние]: _____

г. Это сделает или будет контролировать _____

д. Мой врач может получить помощь от других. Помощь может включать открытие или закрытие раны. Помощь может также включать пересадку или удаление ткани, а также имплантацию устройств. Мне сказали о том, кто будет помогать, если это было известно. Ключевые члены коллектива, которые будут помогать:

Имя/должность: _____

Необходимая часть работы: _____

Имя/должность: _____

Необходимая часть работы: _____

Имя/должность: _____

Необходимая часть работы: _____

2. I have talked to my doctor or health care team about:

- a.** What the procedure is and what will happen.
- b.** How it may help me (the benefits).
- c.** How it might harm me (the most likely and most serious risks).
- d.** The long-term effects the procedure might have.

- e.** My other choices for treatment. The risks and benefits of those choices.
- f.** What will likely happen if I say “no” to this procedure.
- g.** How I might feel right after and how quickly I can expect to recover.
- h.** What medicines will be used to manage pain or sedate me.

3. I agree that: (If I do not agree with a statement, I have crossed it out and initialed next to it.)

- a.** I will ask questions.
- b.** No one has promised me definite results.

- c.** If it is best for me, my doctor may change the plan if they find other serious problems during the procedure.

- d.** If I have “do not resuscitate” (DNR) wishes they will be put on hold during the procedure.

- e.** Students and others may watch the procedure. This must be approved by this facility.

- f.** Pictures or video may be taken. They may be used for medical or educational reasons only.

2. Я обсудил с моим врачом или с группой медработников:

- a.** Какая это процедура и что будет происходить.
- б.** Как это может мне помочь (польза).
- в.** Как это может мне повредить (самый вероятный и самый серьёзный риск).
- г.** Возможные долгосрочные последствия этой процедуры.
- д.** Иные методы моего лечения. Риск и польза этих методов.
- е.** Что может произойти, если я откажусь от этой процедуры.
- ё.** Как я буду чувствовать себя сразу после этого, и как скоро я могу надеяться на восстановление.
- ж.** Какими медикаментами будут пользоваться, чтобы контролировать боль, или для наркоза.

3. Я согласен с тем, что: (Если я не согласен с утверждением, я его вычеркнул и поставил напротив него свои инициалы.)

- a.** Я буду задавать вопросы.
- б.** Никто не пообещал мне определённые результаты.
- в.** Мой врач может изменить свой план, если это будет в моих самых лучших интересах, в том случае, если во время этой процедуры будут обнаружены иные серьёзные проблемы.
- г.** Если у меня пожелания “не оживлять” (сокращённо DNR), они будут приостановлены во время этой процедуры.
- д.** Студенты или другие могут наблюдать за этой процедурой. Это должно быть санкционировано данным учреждением.
- е.** Может производиться фото или видеосъёмка. Они могут использоваться только для медицинских и образовательных целей.

g. Tissues or items removed from my body may be tested. They will be disposed of with respect. Unless I agree, tissues will not be used for research or sold.

h. If a staff person is exposed to my blood or body fluids, my blood will be drawn and tested for HIV and hepatitis. The test results will go:

- To me;
- In my medical record;
- To the exposed worker. This is to decide if treatment for the worker is needed;
- To the Employee Health Services Department and/ or Infection Control at this facility; and

- To Minnesota health officials

4. Blood transfusions:

I have been told how likely it is that I will need a blood transfusion. I know the risks and benefits of receiving blood products. My doctor and I talked about other options.

- You may give me blood (blood products) if I need them during my stay and if it is related to this procedure. Yes No

5. I understand that:

a. I can change my mind. If I do, I must tell my doctor or team as soon as possible.

b. The team members may change during the procedure.

c. The team will double-check who I am. They will ask what I am having done. This is to protect me.

ё. Ткани или части, удалённые из моего тела, могут тестироваться. От них избавляться с уважением. Без моего согласия ткани не будут использоваться для исследования или для продажи.

ж. Если моя кровь или телесная жидкость попадёт на незащищённые части медработника, у меня возьмут кровь и проверят на СПИД и гепатит. Результаты будут направлены:

- Мне;
- В мои медицинские данные;
- Подвергнувшемуся риску медработнику, чтобы определить, нужно ли ему лечение;
- В отдел услуг по охране здоровья работников и/ или в отдел инфекционного контроля данного учреждения; и
- Властям здравоохранения Миннесоты.

4. Переливания крови:

Мне объяснили, какая вероятность того, что мне понадобится переливание крови. Я знаю риски и пользу от получения производных крови. Мой врач и я обсудили другие возможности.

- Вы можете давать мне кровь (производные крови), если они мне понадобятся во время моего пребывания и, если это имеет отношение к данной процедуре. Да Нет

5. Я понимаю то, что:

a. Я могу изменить своё решение. В таком случае, я должен сообщить об этом как можно быстрее своему врачу или группе медработников.

б. Во время процедуры члены группы могут заменяться.

в. Члены группы будут сверять моё имя. Они спросят меня о том, что мне будут делать. Это в целях моей защиты.

My questions have been answered. I agree to the procedure. My instructions and special needs are:

На мои вопросы ответили. Я согласен на эту процедуру. Моими пожеланиями и особыми нуждами являются:

Patient (or representative) signature/
Relationship to patient

Подпись пациента (или представителя)/
Взаимоотношение к пациенту

Date

Time

Дата

Время

I have discussed the procedure and the information stated above with the patient (or patient's representative) and answered their questions. The patient or their representative consented to the procedure.

Я обсудил с данным пациентом (или с представителем пациента) эту процедуру и вышеизложенную информацию, и ответил на их вопросы. Этот пациент или его/её представитель дали согласие на данную процедуру.

Physician or Provider signature(s)

Подпись врача или лиц(а), предоставляющих услуги

Date

Time

Дата

Время

Interpreter Name (if used)

Имя переводчика (если использовался)

Language/ Organization

Time

Язык/Организация

Время

I have verified that the signature is that of the patient or patient's representative. This form has been signed before the procedure.

Я удостоверил(а), что это подпись данного пациента или его/её представителя. Эта форма была подписана до процедуры.

Witness

Свидетель

Date

Time

Дата

Время