

INFORMED CONSENT FORM	ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ
<p>PART A <i>Completed for any procedure requiring written Informed Consent, including blood or blood products</i></p> <p>1. I have talked to my doctor or health care practitioner about:</p> <ol style="list-style-type: none"> What the procedure/treatment is and what will happen. How it may help me (the benefits). How it may harm me (the most likely and most serious risks). The long-term effects the procedure may have. My other choices for treatment and the risks and benefits of those choices. What will likely happen if I say “no” to this procedure. How I may feel right after and how quickly I can expect to recover. What medicines will be used to manage pain or sedate me. The likelihood that the procedure will help me meet my treatment goal. <p>2. I agree that: (If I do not agree with a statement, I have crossed it out and initialed next to it.)</p> <ol style="list-style-type: none"> I will ask questions. Students and others may watch the procedure after approval by this facility. If it is best for me, my doctor/health care practitioner may change the plan if other serious problems are found during the procedure. Pictures or video may be taken to be used for medical, educational or quality reasons only. 	<p><i>Заполняется для любой процедуры, требующей письменного информированного согласия, включая процедуры с использованием цельной крови или компонентов крови</i></p> <p>ЧАСТЬ А</p> <p>1. Я обсудил с лечащим врачом или другим медицинским специалистом следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> В чем заключается процедура/лечение и как ее будут проводить. Как это может мне помочь (польза). Какой вред это может причинить мне (наиболее вероятные и самые серьезные риски). Возможные долгосрочные последствия процедуры. Другие возможности лечения; риски и польза таких возможностей лечения. Что вероятнее всего произойдет, если я откажусь от этой процедуры. Как я буду себя чувствовать сразу после этой процедуры и сколько будет длиться восстановление. Какие лекарства будут использовать для контроля боли или для седации. Насколько вероятно, что эта процедура поможет достичь целей лечения. <p>2. Я соглашаюсь на следующее (если я не согласен с каким-нибудь пунктом, то я его вычеркну и поставлю свои инициалы рядом с ним):</p> <ol style="list-style-type: none"> Я буду задавать вопросы. После получения разрешения от этой клиники студенты и др. могут наблюдать за процедурой. В моих интересах лечащий врач / медицинский специалист может изменить план процедуры, если во время процедуры будут обнаружены другие серьезные проблемы. Фотографирование или видеозапись можно делать только для медицинских или образовательных целей, либо для контроля качества.

3. I understand that:

- a. No one has promised me definite results.
- b. I can change my mind. If I do, I must tell my doctor or health care practitioner as soon as possible.
- c. The team will double-check who I am. They will ask what I am having done. This is to protect me.
- d. 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 Employee Health Services Department and/or Infection Control at this facility, to state health officials, and to the exposed worker; this is to decide if treatment for the worker is needed.
- e. Tissues or items removed from my body may be tested. They will be disposed of with respect. Unless I check the box below, leftover tissue not needed for my care may be used for research or teaching purposes.
 - No, I do not agree that my tissue can be used for research or teaching purposes

4. The following written Informed Consent Supplement(s) (ICS) have been discussed with me:

- None
- Blood Management
- Anesthesia _____

Anesthesia Provider
Date/Time

Signature (optional)
- Other: _____

3. Я понимаю следующее:

- a. Никто не обещал мне никаких конкретных результатов.
- b. Я могу передумать. Если я передумаю, то я должен сообщить об этом как можно скорее лечащему врачу или медицинскому специалисту.
- c. Лечащая бригада еще раз проверит, кто я. Они спросят, что мне будут делать. Это делается для моей защиты.
- d. Если у кого-нибудь из персонала будет контакт с моей кровью или жидкостями организма, у меня возьмут кровь для анализа на ВИЧ и гепатит. Результаты сообщат мне, внесут в мою историю болезни, сообщат отделу охраны здоровья сотрудников и/или отделу предупреждения инфекционных заболеваний этой клиники, а также отделу здравоохранения штата и сотруднику, у которого был контакт; это требуется, чтобы решить, нужно ли лечить этого сотрудника.
- e. Ткани или объекты, удаленные из моего организма, могут быть исследованы. Они будут уничтожены достойным образом. Если я не поставил галочку в квадратике ниже, то оставшиеся ткани, не нужные для моего лечения, могут быть использованы для научных или учебных целей.
 - Нет, я не согласен, чтобы ткани, удаленные из моего организма, были использованы для научных или учебных целей

4. Со мной обсуждали следующие письменные приложения к форме информированного согласия:

- Никакие
- Слежение за потерей крови
- Анестезия _____

Анестезиолог
Дата/время

Подпись (не обязательно)
- Другие _____

PART B

Must be completed if the patient is undergoing a procedure with general/regional anesthesia, moderate/deep sedation or Monitored Anesthesia Care (MAC) (Optional for all other procedures)

5. Blood Transfusion:

- Yes, you may give me blood (blood products) if I need them during my stay. I have been told how likely it is that I will need a blood transfusion. I know the risks, benefits, and alternatives of receiving blood (blood products). My special instructions about blood products are listed in Part C.
- No, you may not give me blood (blood products) for any reason. I have been told how likely it is that I will need a blood transfusion. I know the risks, benefits, and alternatives of receiving blood (blood products).
- N/A - Not applicable.

6. Code Status: If I have Do Not Resuscitate (DNR) wishes:

- You may suspend my DNR wishes during the procedure and immediate post anesthesia period.
- I want my DNR wishes to continue during the procedure and immediate post anesthesia period.
- I want my Partial Code order as outlined in my medical record to be followed during the procedure and immediate post anesthesia period.
- N/A – Not applicable: the patient is full code.

ЧАСТЬ В

Обязательно должна быть заполнена, если больному предстоит процедура с использованием общей/регионарной анестезии, умеренной/глубокой седации или постоянного анестезиологического наблюдения (Monitored Anesthesia Care (MAC)). (Для всех других процедур заполнять не обязательно)

5. Переливание крови:

- Да, я даю разрешение на вливание мне крови (компонентов крови), если это необходимо для меня во время пребывания в клинике. Мне объяснили, насколько велика вероятность того, что мне потребуется переливание крови. Мне известны риски, польза и альтернативы введения крови (компонентов крови). Мои специальные указания об использовании компонентов крови приводятся в Части С.
- Нет, я не даю разрешения на вливание мне крови (компонентов крови) ни при каких обстоятельствах. Мне объяснили, насколько велика вероятность того, что мне потребуется переливание крови. Мне известны риски, польза и альтернативы введения крови (компонентов крови).
- Неприменимо.

6. Распоряжение о реанимации: Если у меня предписание «Не реанимировать» (DNR):

- Я разрешаю, чтобы мое предписание «Не реанимировать» (DNR) было отменено в течение этой процедуры и периода непосредственно после действия анестезии.
- Я хочу, чтобы мое предписание «Не реанимировать» (DNR) сохранялось в течение этой процедуры и периода непосредственно после действия анестезии.
- Я хочу, чтобы мое предписание частичного кода, записанное в истории болезни, выполнялось в течение этой процедуры и периода непосредственно после действия анестезии.
- Неприменимо: у больного полный код.

<p>PART C <i>Completed for any procedure requiring written Informed Consent</i></p> <p>I, [print patient's name]:</p> <hr/> <p>a. Agree that I will have: [state the planned procedure/treatment]:</p> <hr/> <hr/> <p>b. At _____ on ____ / ____ / _____ (Procedure/Treatment Date)</p> <p>c. The reason for this procedure/treatment is [medical condition]: _____</p> <hr/> <p>d. This will be performed or supervised by:</p> <hr/> <hr/> <p>e. Other team members may work with my doctor or health care practitioner. This could include opening and closing the wound, 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: _____</p> <p>f. I understand that my team members may change during the procedure.</p>	<p>ЧАСТЬ С <i>Заполняется для всех процедур, требующих письменного информированного согласия</i></p> <p>Я, [имя и фамилия больного печатными буквами]:</p> <hr/> <p>а. Согласен на: [указать планируемую процедуру/лечение]:</p> <hr/> <hr/> <p>б. В _____ (время) ____ / ____ / _____ (дата процедуры/лечения)</p> <p>с. Обоснование этой процедуры/лечения [медицинское показание]: _____</p> <hr/> <p>д. Лечение/процедуру будет проводить или руководить:</p> <hr/> <hr/> <p>е. Кроме лечащего врача или медицинского специалиста, могут принимать участие и другие члены бригады. В частности, они могут сделать разрез, закрыть рану, взять ткань для пересадки, вырезать ткань, имплантировать устройства. Мне сообщили, кто будет ассистировать, если это уже известно. Ниже перечислены главные члены бригады, которые будут ассистировать: Имя и фамилия/должность: _____ В чем именно: _____ Имя и фамилия/должность: _____ В чем именно: _____ Имя и фамилия/должность: _____ В чем именно: _____</p> <p>ф. Я понимаю, что во время процедуры члены бригады могут быть заменены.</p>

<p>My questions have been answered. I agree to the procedure/treatment. My instructions and special needs are:</p>	<p>Я получил ответы на свои вопросы. Я даю согласие на процедуру/лечение. Мои указания и специальные нужды:</p>
<p>Date Time Signature of Patient (or substitute decision-maker)</p>	<p>Дата Время Подпись больного (или принимающего решения за него)</p>
<p>Relationship to Patient</p>	<p>Отношение к больному</p>
<p>Date Time Interpreter Name/Device Used (when required)</p>	<p>Дата Время Имя и фамилия переводчика/ используемое оборудование (если требуется)</p>
<p>Language/Organization</p>	<p>Язык/организация</p>
<p>Practitioner Signature: The procedure and the information stated above have been discussed with the patient or the patient's substitute decision-maker and all questions were answered. The patient/substitute decision-maker consented to the procedure. <i>Laterality of pathology</i> <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Midline <input type="checkbox"/> N/A <i>Site Marking</i> (must be completed on the day of the procedure): <input type="checkbox"/> Site marked with patient participation (unless patient is unable to participate in site marking) <input type="checkbox"/> Procedure meets site marking exclusion criteria per Allina Health Universal Protocol Policy <input type="checkbox"/> Procedure site determined by imaging localization or magnet</p>	<p>Подпись медицинского специалиста: Процедура и приведенная выше информация обсуждалась с больным или с принимающим за него решения лицом, и на все вопросы были даны ответы. Больной/принимающее за него решения лицо согласен на процедуру. <i>С какой стороны патология</i> <input type="checkbox"/> Слева <input type="checkbox"/> Справа <input type="checkbox"/> По центру <input type="checkbox"/> Неприменимо <i>Место входа</i> (должно быть заполнено в день процедуры): <input type="checkbox"/> Место входа отмечено с участием больного (если он в состоянии участвовать в маркировке) <input type="checkbox"/> Процедура не требует маркировки места входа в соответствии с критериями Allina Universal Protocol Policy <input type="checkbox"/> Место процедуры определяется с помощью радиологической или МР-визуализации</p>
<p>Date Time Practitioner Signature(s)</p>	<p>Дата Время Подпись (подписи) медицинского специалиста (специалистов)</p>
<p>Witness Signature: <i>Signed by the person witnessing or verifying the signature of the patient or the patient's substitute decision-maker.</i> <input type="checkbox"/> Witnessed the signature <input type="checkbox"/> Verified the telephone consent <input type="checkbox"/> Verified the signature completed previously by the patient</p>	<p>Подпись свидетеля: <i>Подпись лица, засвидетельствовавшего или подтвердившего подпись больного или лица, принимающего решения за больного.</i> <input type="checkbox"/> Засвидетельствовал подпись <input type="checkbox"/> Подтвердил полученное по телефону согласие <input type="checkbox"/> Подтвердил подпись, сделанную больным раньше</p>
<p>Date Time Signature of Witness</p>	<p>Дата Время Подпись свидетеля</p>
<p>Date Time Signature of Witness</p>	<p>Дата Время Подпись свидетеля</p>

English/Russian

Date	Time	Interpreter Name/Device Used (when required)	Дата	Время	Имя и фамилия переводчика/ используемое оборудование (если требуется)
Language/Organization			Язык/организация		

Safe Match # _____