



Transfer Consent

Medical Condition:

Condition (Required, Check one): Stable Critical

Diagnosis (Required): _____

Reason for Transfer/Benefit (Required, Check all that apply):

Expedite Bed Assignment Higher Level/Specialty Care Patient Preference Continuity of Care

Other Reason for Transfer (if applicable): _____

Risks:

All transfers have the inherent risks of traffic delays, accidents, bad weather, rough terrain or turbulence, and the limitations of equipment and personnel present in the vehicle if there is a change in my medical condition on the way to the facility.

Other risks including those related to the patient's medical condition (required but if not applicable, leave blank):

Patient Consent to Transfer

The attending physician(s) or designee below have explained to me, in my preferred language, the potential risks and benefits of my transfer specific to my medical condition. I have been given the opportunity to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.

**Patient,* Guardian
or Representative****

_____ *Print name* _____ *Signature* _____ *Date* _____ *Time* _____ *Relationship or "self"*

Signature Witness

_____ *Print name* _____ *Signature* _____ *Date* _____ *Time* Witnessed Patient confirming signature (check box if applicable)

**Preferred Language
Interpreter
Name or Number**

_____ *Print name and/or number* _____ *Signature (if present)* _____ *Date* _____ *Time* Patient refused interpreter (check box if applicable)

Telephone/Video Consent with Representative (Check box if applicable)**

Name of designee appointed by Attending Physician to explain the risks and benefits of transfer for the patient's medical condition if applicable:

_____ *Printed name of designee (If not applicable, leave blank)*

Attending Physician Certification of Transfer

I hereby certify that based on the information available to me at the time of transfer, to a reasonable degree of medical certainty, the expected medical benefits from the provision of appropriate care at another facility outweigh the risk to the individual or unborn child. I have confirmed that this patient/representative** is able to give informed consent. If the patient is unable to provide consent and does not have a representative**, a second attending physician has concurred with the appropriateness of the transfer (Complete FHODA Form 3). I have explained the risks and benefits of the transfer to the patient/representative** specific to their medical condition. I have offered to answer any questions and have fully answered all such questions. In the event that I was not present when the patient signed the form, I understand that the form is only documentation that the informed consent process took place. I remain responsible for having obtained consent from the patient.

_____ *Print Attending Physician Name*

_____ *Attending Physician Signature*

_____ *Date*

_____ *Time*

* The signature of the patient must be obtained unless the patient is under the age of 18 or lacks capacity.

** Throughout this document, the term "representative" refers to a legally authorized representative or guardian.

موافقة على النقل

الحالة الطبية:

الحالة (تلتزم الإجابة، ضع علامة على إجابة واحدة): مستقرة حرجة

التشخيص (تلتزم الإجابة): _____

سبب النقل/الفائدة منه (تلتزم الإجابة، ضع علامة على جميع ما ينطبق):

 تعجيل عملية تخصيص سرير للمريض رعاية ذات مستوى أعلى/متخصصة ما يفضله المريض استمرارية الرعاية

أسباب أخرى للنقل (إن انطبق): _____

المخاطر:

تنطوي جميع عمليات النقل على مخاطر كامنة تتمثل في حالات التأخير الناجمة عن حركة المرور والحوادث وسوء الأحوال الجوية والطرق الوعرة أو الاضطرابات والقيود المتعلقة بالمعدات والموظفين الموجودين في وسيلة النقل مما يعوق التعامل إذا طرأ تغيير في حالتنا الطبية في أثناء نقلنا إلى المنشأة.

المخاطر الأخرى بما فيها تلك المتعلقة بالحالة الطبية للمريض (تلتزم الإجابة، ولكن إن لم تنطبق تُترك فارغة): _____

موافقة المريض على النقل

لقد أوضح لي الطبيب المعالج (الأطباء المعالجون) أو من ينوب عنه أدناه، باللغة التي أفضلها، المخاطر والفوائد المحتملة لنقلنا والخاصة بحالتنا الطبية. لقد أتحت لي الفرصة لطرح الأسئلة، وأجيببت جميع أسئلتنا على نحو يرضينا.

المريض* أو الوصي
أو الممثل**

الاسم بأحرف واضحة

التاريخ

التوقيع

الوقت

الصلة أو "المريض نفسه"

الشاهد على التوقيع

الاسم بأحرف واضحة

التاريخ

التوقيع

الوقت

 تأكيد الشاهد على توقيع المريض
(ضع علامة على المربع إذا انطبق)اسم المترجم الفوري للغة
المفضلة أو رقمه

الاسم و/أو الرقم بأحرف واضحة

التوقيع (إن كان حاضرًا)

التاريخ

الوقت

 رفض المريض الحصول فوري
(ضع علامة على المربع إذا انطبق) وافق الممثل عبر الهاتف/الفيديو** (ضع علامة على المربع إذا انطبق)

اسم الشخص الذي ينوب عن الطبيب المعالج الذي عينه لشرح المخاطر والفوائد المترتبة على النقل بالنسبة للحالة الطبية للمريض إذا انطبق هذا الأمر:

(اسم من ينوب عن الطبيب المعالج بأحرف واضحة (إذا لم ينطبق، فاتركه فارغًا))

إقرار الطبيب المعالج بالنقل

أقر بموجب هذه الوثيقة أنه بناءً على المعلومات المتوفرة لدي في وقت النقل، وإلى درجة معقولة من اليقين الطبي، فإن الفوائد الطبية المتوقعة من توفير الرعاية المناسبة في منشأة أخرى تفوق المخاطر التي قد يتعرض لها هذا الفرد أو الطفل الذي لم يولد بعد. لقد تأكدت من أن هذا المريض/الممثل** قادر على إعطاء موافقة مستنيرة. إذا كان المريض غير قادر على تقديم الموافقة وليس لديه ممثل**، فقد وافق طبيب معالج ثان على صحة قرار النقل (أكمل نموذج 3 لقانون قرارات الرعاية الصحية للأسرة (Family Health Care Decisions Act) (FHCA)). لقد شرحت للمريض/الممثل** المخاطر والفوائد المترتبة على عملية النقل الخاصة بحالته الطبية. وعرضت الإجابة عن أي أسئلة وقد أجبت إجابات وافية عن جميع هذه الأسئلة. في حالة عدم حضورني عند توقيع المريض على هذا النموذج، أفهم أن النموذج لا يمثل إلا توثيقًا يثبت حدوث الموافقة المستنيرة. وأظل مسؤولًا عن الحصول على الموافقة من المريض.

اسم الطبيب المعالج بأحرف واضحة

توقيع الطبيب المعالج

التاريخ

الوقت

* يجب الحصول على توقيع المريض ما لم يكن عمره أقل من 18 عامًا أو يفقر إلى الأهلية.
** يشير مصطلح "الممثل" المذكور في هذه الوثيقة بأكملها إلى الممثل أو الوصي المعتمد قانونًا.