



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.



Согласие на транспортировку

Клиническая ситуация

Состояние здоровья (обязательно; отметьте один вариант): Стабильное Критическое

Диагноз (обязательно): _____

Причина перевода / оказания данной услуги (обязательно; отметьте все применимые варианты):

- Ускоренное предоставление больничного места Высококачественный/специализированный уход Предпочтение пациента
 Непрерывность оказания медицинской помощи

Другая причина перевода (если применимо): _____

Риски

Основными рисками, с которыми сопряжены все перевозки, являются задержки на дорогах, аварии, плохие погодные условия, труднопроходимая местность, неустойчивое движение, а также ограниченные возможности и ресурсы персонала, находящегося в транспортном средстве, для оказания помощи при условии, что состояние здоровья пациента изменится.

Другие риски, связанные с состоянием здоровья пациента (обязательно; если не применимо, оставьте поле пустым): _____

Согласие пациента на транспортировку

Лечащий (-е) врач (-и) или уполномоченное лицо, указанное ниже, объяснили мне на предпочтительном для меня языке потенциальные риски и преимущества перевода в другое учреждение с учетом моего состояния здоровья. Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы, на которые мне дали исчерпывающие ответы.

Пациент*, опекун
или представитель**:

<i>Имя и фамилия печатными буквами</i>	<i>Подпись</i>	<i>Дата</i>	<i>Время</i>	<i>Кем приходится пациенту или сам пациент</i>	

Подпись свидетеля:

<i>Имя и фамилия печатными буквами</i>	<i>Подпись</i>	<i>Дата</i>	<i>Время</i>	<input type="checkbox"/> Свидетель того, как пациент подписал документ (отметьте, если применимо)	

Имя, фамилия или номер переводчика,
работающего с предпочтительным
языком:

<i>Имя и фамилия печатными буквами и/или номер</i>	<i>Подпись (если имеется)</i>	<i>Дата</i>	<i>Время</i>	<input type="checkbox"/> Пациент отказался от услуг переводчика (отметьте, если применимо)	

Согласие на проведение встречи по телефону/видеосвязи с представителем (отметьте, если применимо)**

Имя и фамилия представителя, назначенного лечащим врачом для разъяснения рисков и преимуществ транспортировки в соответствии с состоянием здоровья пациента, если применимо:

Имя и фамилия представителя печатными буквами (если не применимо, оставьте поле пустым)

Разрешение лечащего врача на транспортировку

Настоящим я подтверждаю, что на основании информации, имеющейся у меня на момент перевода, ожидаемая медицинская польза от предоставления соответствующего ухода в другом учреждении превосходит риск для человека или будущего ребенка. Такой вывод сделан с достаточной степенью медицинской уверенности. Я подтверждаю, что данный пациент / его представитель (если имеется)** способен дать информированное согласие. В противном случае второй лечащий врач должен подтвердить целесообразность перевода (заполните форму 3 Закона о принятии решений в области семейного здравоохранения [Family Health Care Decisions Act, FHCA]). Риски и преимущества транспортировки были объяснены мной пациенту/представителю** с учетом его медицинских показаний. На все возможные вопросы мной были даны исчерпывающие ответы. Если настоящая форма была подписана пациентом в мое отсутствие, я понимаю, что она является лишь документальным подтверждением факта предоставления информированного согласия. Я по-прежнему несу ответственность за получение согласия пациента.

<i>Имя и фамилия лечащего врача печатными буквами</i>	<i>Подпись лечащего врача</i>	<i>Дата</i>	<i>Время</i>

* Подпись пациента необходима за исключением ситуаций, когда ему еще не исполнилось 18 лет или он не признан полностью дееспособным.

** В контексте этого документа термин «представитель» означает уполномоченного представителя или опекуна.