



CS0004



San Francisco General Hospital and Trauma Center

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ПРОЦЕДУРУ

Consent for a Treatment or a Procedure (Russian)

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Addressograph

МОИ ПРАВА (MY RIGHTS) –

Я понимаю, что я имею право принимать решения в отношении моего медицинского обслуживания. Я также понимаю, что мой врач или другой медицинский работник предоставят мне информацию в отношении рекомендуемого ими лечения или процедуры. Эта информация будет включать следующее:

1. Что врач или медицинский работник планируют делать
2. Кто будет проводить лечение или процедуру
3. Как это может мне помочь
4. Возможные непредвиденные проблемы
5. Другие возможные действия

ЧТО (WHAT) –

Мой врач или медицинский работник рекомендуют мне пройти нижеуказанное лечение или процедуру:

Медицинская терминология: _____

Общее описание (общая терминология): _____

Часть тела, если применимо (например, латерализация, номер зуба, палец) _____

В ходе процедуры мое состояние может измениться, или мой врач может решить, что для моего лечения требуются дополнительные или другие процедуры. Я понимаю, что мой врач примет наилучшее по его/ее мнению решение, как проводить мое лечение.

КТО (WHO) –

Лечащим врачом или врачами, отвечающими за лечение или процедуру, являются: _____

Я понимаю, что городская больница г. Сан-Франциско (SFGH) является также учебным заведением. Практиканты и другие врачи, проходящие обучение, могут проводить важные части процедуры или лечения. Лечащие врачи (attending doctors) руководят практикантами (resident doctors) и врачами, проходящими обучение. Другие медицинские работники (например: медицинские сестры высшей квалификации (nurse practitioners) или ассистенты докторов (physician assistants)) также могут выполнять некоторые процедуры или работы, но только в случаях, когда это разрешается законом штата Калифорния и уставом больницы.

ПОЧЕМУ (WHY) –

Основания для лечения или процедуры: _____

ДРУГИЕ ВОЗМОЖНОСТИ (OTHER OPTIONS) –

Вместо этой процедуры можно предпринять следующее:

Ничего (Nothing) Другое (Other): _____

Выявлены следующие риски при использовании альтернативных вариантов: _____



CS0004

Patient Name: _____ MRN: _____ DOB: _____

CONSENT FOR A TREATMENT OR A PROCEDURE
СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРОЦЕДУРЫ**РЕЗУЛЬТАТ (OUTCOME) –**

Шансы на успешный результат:

- Отличные (Excellent) Хорошие (Good) Умеренные (Fair) Слабые (Poor)
- _____

Существует возможность того, что лечение или процедура окажутся безуспешными или приведут к неожиданным, новым проблемам.

РИСКИ (RISKS) –

Мой доктор или медицинский работник разъяснили мне, что любые виды лечения и медицинских процедур сопряжены с некоторым риском. Они разъяснили мне некоторые типичные и серьезные риски, относящиеся к рекомендуемому лечению или процедуре. К числу некоторых из этих рисков (**необязательно всех**) могут относиться: кровотечение, инфекция, повреждение близлежащих кровеносных сосудов, нервов, органов или других тканей, инвалидность или смерть. Другие риски: _____

ИССЛЕДОВАНИЕ ТКАНЕЙ (TISSUE STUDY) –

Я понимаю, что любые ткани, удаленные во время хирургической операции, будут подвергнуты исследованию, чтобы лучше понять состояние моего здоровья и определить наилучший метод лечения. Все оставшиеся ткани будут уничтожены в установленном порядке или сохранены для будущих исследований. Если ткани будут сохранены для будущих исследований:

- Моя личная информация будет защищена.
- Я не получу непосредственную выгоду, но исследование может привести к открытиям, которые могут в будущем помочь другим людям.
- Я не получу никакой оплаты за исследование.

Я даю согласие на то, что мои ткани могут быть сохранены для будущих исследований, но только при следующих условиях (**указать, если имеются**):

**Есть ли у Вас вопросы, прежде чем Вы подпишите этот документ?**

(Before you sign, do you have any questions?)

**МОЕ СОГЛАСИЕ (MY CONSENT) –**

Я получил/а вышеуказанную информацию. Мой врач или медицинский работник ответили на мои вопросы. Я желаю пройти рекомендуемое лечение или процедуру.

- **Пациент или его представитель:** Дата (Date): _____ Время (Time): _____
Patient / Representative

ФИО печатными буквами _____ Подпись _____ Дата рождения _____

Указать отношения с представителем If a surrogate, relationship:

- супруг / гражданский супруг Spouse/Domestic Partner, родитель Parent,
 совершеннолетний ребенок Adult Child, другой член семьи Other Family Member: _____,
 лицо с доверенностью в отношении мед. обслуживания Power of Attorney for Health Care,
 попечитель Conservator, лицо, устно названное пациентом в момент госпитализации
Surrogate orally designated by patient during this admission

- **Переводчик Interpreter:** Дата (Date): _____ Время (Time): _____
_____/_____/_____

ФИО печатными буквами Подпись (если присутствует лично) Идентификационный номер переводчика

- **Свидетель (Представитель медицинского персонала) Witness:** Дата (Date): _____ Время (Time): _____

ФИО: _____

ФИО печатными буквами (Print Name)

Подпись (Signature)

Должность (Title)

- **Свидетель Witness:** Дата (Date): _____ Время (Time): _____

ФИО: _____

ФИО печатными буквами (Print Name)

Подпись (Signature)



CS0004

Patient Name: _____ MRN: _____ DOB: _____

CONSENT FOR A TREATMENT OR A PROCEDURE
СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРОЦЕДУРЫ

PHYSICIAN PROGRESS NOTE FOR INFORMED CONSENT
Complete 1, 2 OR 3 below

1. CONSENT DISCUSSION WITH PATIENT OR SURROGATE (Complete this section together with the consent form which is signed by the patient or surrogate.)

a. As indicated on the **Consent Form** I explained the following to the patient or her/his surrogate:

- nature of the procedure or treatment,
- why it's recommended and the possible benefits,
- risks and complications (most common and serious),
- alternative treatments and the risks of each (including no treatment), and
- who will perform the procedure or treatment.

At the patient's request, a friend(s) or family member(s) was present during the discussion _____.

b. An interpreter was involved. [Use a trained medical interpreter (**ext. 6-5133**) except in urgent situations or if a patient specifically requests that an adult family member serve as the interpreter.]

c. Patient has **Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)/Do Not Intubate (DNI)** order; I explained to the patient or surrogate that the order will be suspended during the procedure

d. Teach-Back (The patient or surrogate was able to tell me what treatment / procedure is planned, why it's needed, the benefits and some of the risks that s/he might expect.)

✓ Date: _____ Time: _____ Provider: _____ / _____ / _____ / CHN ID#: _____
Print Name Signature Title

2 EMERGENCY [Complete this section when neither the patient nor a surrogate can give consent and clinically the procedure cannot be delayed to allow the hospital to petition the court for an order authorizing treatment--"medical probate". The consent form (pages 1 & 2) is not completed.]

In my clinical judgment the patient emergently needs the following treatment or procedure to alleviate severe pain or to diagnose and treat a condition that may lead to a serious disability or death; **AND** The urgency of the situation precluded getting the patient's consent in advance; **OR** I have assessed the patient and determined that s/he lacks the capacity to make health care decisions and have not been able to readily identify or locate a surrogate decision maker.

Treatment/Procedure: _____

Date: _____ Time: _____ Provider: _____ / _____ / _____ / CHN ID#: _____
Print Name Signature Title



CS0004



San Francisco General Hospital and Trauma Center

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ПРОЦЕДУРУ

Consent for a Treatment or a Procedure (Russian)

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Addressograph

3. TELEPHONE CONSENT [Complete this section when a surrogate gives consent by telephone. The consent form (pages 1 & 2) is not completed.]

I assessed the patient and determined that (1) s/he lacks the capacity to make health care decisions or (2) s/he is a minor. I have located a family member or other authorized representative who is willing to act as the patient's surrogate health care decision-maker, but who cannot be physically present to sign the consent form. By telephone I discussed the nature of the treatment/procedure, expected outcome, risks and benefits and alternatives with the patient's surrogate.

• Treatment/Procedure:

• Risks explained:

I explained that some (but not all) of these risks may include bleeding; infection; damage to close-by blood vessels, organs or other tissue; disability or death.

Other risks: _____

• The surrogate has consented to the treatment/procedure on behalf of the patient.

_____ (Surrogate's Name) _____ (Date Of Birth) _____ (Telephone No.)

• Surrogate's relationship to patient:

Spouse/Domestic Partner, Parent, Adult Child, Other Family Member (relationship): _____, Power of Attorney for Health Care, Conservator, Surrogate orally designated by patient during this admission

✓ Date: _____ Time: _____

Provider: _____ / _____ / _____ / _____
Print Name Signature Title CHN ID#

• Staff who was a witness to the telephone call:

✓ Date: _____ Time: _____ Name: _____ / _____ / _____
Print Name Signature Title