



Mount Sinai

Mount Sinai Health System
New York

CONSENT TO SURGERY/
PROCEDURE/TREATMENT
AND ANESTHESIA

1. I hereby authorize \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ and those associates
or assistants designated to perform upon \_\_\_\_\_ the following treatments, surgeries, procedures
(referred to as "Procedure") to include: \_\_\_\_\_

A team of medical professionals will work together to perform my Procedure. My Attending Physician/Privileged Provider, or other Designated Privileged Provider, will be present for all critical parts of the Procedure. I understand that other medical professionals may perform some parts of the Procedure as my doctor or the Designated Privileged Provider deems appropriate.

- 2. The Attending Physician/Privileged Provider above (or their designee, if n/a leave blank: \_\_\_\_\_) has fully explained to me, in my preferred language what will happen during and after my care, including any additional Procedures, and/or medications I will receive, including during my recovery. They have also discussed the potential risks, benefits, and alternatives of this care. I further understand that images or sound recordings may be taken or organs, tissues, implants, or body fluids may be removed, examined, and retained for the purposes of medical care and safety improvements. If these are disposed of, it will be done according to our usual practices. I also agree to allow the presence of necessary technical or vendor support persons into the Procedure room for the purposes of my medical care. I have been informed of the likelihood of achieving the proposed goals and the reasonable alternatives to the proposed plan of care including not receiving the proposed treatments. I have been given an opportunity to ask questions, and all my questions have been answered to my satisfaction.
3. I understand that during the course of the above proposed Procedure something unexpected may come up and I may need a different Procedure. I consent to the additional Procedure which the above-named physician or their Associates/Assistants/Designated Privileged Providers may consider necessary.
4. I understand that my medical professional may provide me with medications to keep me comfortable and safe such as anesthetics/sedatives/analgesics. I understand that my medical professional has or will speak to me about the risks, benefits, and alternatives to these medicines before my treatment.
5. If applicable, I agree that I may need blood or blood product transfusions as part of my medical treatment. I agree that my medical professional has spoken to me about the risks, benefits, and alternatives to receiving blood and blood products.
6. If applicable, I agree that organs, tissues, implants, or other body fluids may be removed, examined and kept for scientific or educational purposes. I understand that my identity will be kept private and these are handled, stored, and if disposed of will be done according to our usual practices.
7. If applicable, I agree to allow the recording of images and sound of this Procedure for educational purposes such as presentations and publications. I understand that my identity will be kept private.
8. If applicable, I agree to allow authorized observers into the operating or treatment room.
9. I have marked the portions of the document I do not agree to.

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

\_\_\_\_\_

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

[ ] Telephone/Video Consent (Check box if applicable), Patient/Guardian/Representative\*\*/Interpreter signature not required.

The Attending Physician or Privileged Provider who is performing the procedure must sign the certification below.

I, the Attending Physician or Privileged Provider, hereby certify that the nature, purpose, benefits, risks of, and alternatives to the proposed Procedure have been explained to the patient/guardian/representative\*\* and I have offered to answer any questions and have fully answered all such questions. I believe that the patient/guardian/representative\*\* fully understands what I have explained and answered. In the event that I was not present when the patient signed this 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 name Attending Physician/Privileged Provider Signature Date Time

If more than thirty days have passed since this consent form was signed or the consent conversation was held:

I, the Attending Physician or Privileged Provider, have reaffirmed the patient/guardian/representative's\*\* understanding and certify that there has been no substantial change to the patient's condition in the time period since the consent form was signed.

\_\_\_\_\_

Print name Attending Physician/Privileged Provider Signature Date Time

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

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

NOTE: THIS DOCUMENT MUST BE MADE PART OF THE PATIENT'S MEDICAL RECORD.



**Mount  
Sinai**

**Mount Sinai Health System  
New York**

**ZGODA NA OPERACJĘ /  
PROCEDURĘ / LECZENIE  
I ZNIECZULENIE**

1. Niniejszym upoważniam \_\_\_\_\_ oraz \_\_\_\_\_ oraz pracowników  
*Lekarz prowadzący / uprzywilejowany dostawca* *Drugi chirurg / uprzywilejowany dostawca*  
lub ich wyznaczonych asystentów do przeprowadzenia zabiegu z udziałem \_\_\_\_\_ następującego leczenia, operacji, procedur  
*Imię i nazwisko pacjenta lub „mnie”*  
(określanego jako „procedura”) obejmujących: \_\_\_\_\_

Zabieg będzie wykonywał zespół specjalistów. Mój lekarz prowadzący / uprzywilejowany dostawca lub inny wyznaczony uprzywilejowany dostawca będą obecni podczas wszystkich etapów zabiegu o krytycznym znaczeniu. Rozumiem, że inni lekarze specjaliści mogą wykonywać niektóre elementy procedury, jeżeli zadecyduje o tym mój wyznaczony uprzywilejowany dostawca.

- Lekarz prowadzący / uprzywilejowany dostawca (lub osoba przez niego wyznaczona; jeżeli nie dotyczy, pozostawić puste pole: \_\_\_\_\_) objaśnił mi wyczerpująco w preferowanym przeze mnie języku, co się wydarzy podczas procedury oraz po jej zakończeniu, w tym omówił ze mną wszelkie ewentualne dodatkowe procedury i/lub leki, które mogę otrzymać (również na etapie powrotu do zdrowia). Omówiono ze mną również potencjalne zagrożenia, korzyści oraz alternatywne opcje leczenia. Rozumiem, że podczas procedury może dojść do rejestracji obrazu i/lub dźwięku, pobrania moich organów, tkanek lub płynów ustrojowych, które mogą zostać poddane badaniom oraz przekazane do przechowywania w celu prowadzenia dalszej opieki medycznej oraz poprawy mojego bezpieczeństwa. W przypadku decyzji o użyciu powyższych proces ten zostanie przeprowadzony zgodnie ze zwyczajowymi praktykami obowiązującymi w ośrodku. Wyrażam również zgodę na obecność na sali operacyjnej lub w gabinecie zabiegowym upoważnionych techników lub przedstawicieli personelu pomocniczego w celu zapewnienia mi opieki medycznej. Poinformowano mnie o prawdopodobieństwie osiągnięcia proponowanych celów i alternatywach dla proponowanego planu opieki, w tym o konsekwencjach niepoddania się proponowanemu leczeniu. Zapewniono mi możliwość zadawania pytań i na wszystkie z nich udzielono mi pełnych i zadowalających odpowiedzi.
- Rozumiem, że podczas procedury mogą wydarzyć się nieprzewidziane okoliczności, w wyniku których mogę wymagać poddania się innej procedurze. Wyrażam zgodę na poddanie się dodatkowej procedurze, którą wyżej wymieniony lekarz lub jego pracownicy / asystenci / wyznaczeni uprzywilejowani dostawcy mogą uznać za konieczną.
- Rozumiem, że mój lekarz prowadzący może podawać mi leki w celu poprawy mojego komfortu i bezpieczeństwa, np. środki znieczulające/uspokajające/przeciwbólowe. Rozumiem, że przed przeprowadzeniem procedury mój lekarz prowadzący omówił lub omówi ze mną wszelkie zagrożenia, korzyści oraz alternatywne opcje leczenia.
- Jeżeli dotyczy, wyrażam zgodę na przeprowadzenie w ramach mojego leczenia ewentualnej transfuzji krwi lub jej składników. Potwierdzam, że mój lekarz prowadzący omówił ze mną wszelkie zagrożenia, korzyści oraz alternatywy w odniesieniu do transfuzji krwi lub jej składników.  
 Nie wyrażam zgody na powyższe czynności związane z transfuzją krwi lub jej składników.
- Jeżeli dotyczy, wyrażam zgodę na pobranie z mojego ciała organów, tkanek, implantów lub płynów ustrojowych, a także na poddanie ich badaniom oraz przekazanie do celów naukowych i edukacyjnych. Rozumiem, że moja tożsamość zostanie utrzymana w tajemnicy, a pobrane materiały będą wykorzystywane, przechowywane i utylizowane zgodnie z praktykami przyjętymi w ośrodku.  
 Nie wyrażam zgody na powyższe czynności dotyczące moich organów, tkanek, implantów oraz płynów ustrojowych związane z realizacją celów naukowych i edukacyjnych.
- Jeżeli dotyczy, wyrażam zgodę na rejestrację obrazu i dźwięku podczas procedury dla celów edukacyjnych oraz na wykorzystanie tych materiałów w prezentacjach i publikacjach naukowych. Rozumiem, że moja tożsamość nie zostanie ujawniona.  
 Nie wyrażam zgody na powyższe działania dotyczące rejestracji obrazu i dźwięku w celach edukacyjnych.
- Jeżeli dotyczy, wyrażam zgodę na obecność obserwatorów w sali zabiegowej lub podczas leczenia.  
 Nie wyrażam zgody na obecność obserwatorów.
- Oświadczam, że wypełniłem(-am) odpowiednie sekcje dokumentu dotyczące wycofania mojej zgody na przeprowadzenie niektórych czynności.

**Pacjent,\* opiekun lub  
przedstawiciel\*\***

_____	_____	_____	_____	_____
<i>Imię i nazwisko (drukowanymi literami)</i>	<i>Podpis</i>	<i>Data</i>	<i>Godzina</i>	<i>Relacja z pacjentem</i>

**Podpis świadka  
Preferowany język  
Imię i nazwisko lub  
numer tłumacza**

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	Potwierdza, że pacjent złożył podpis w jego obecności (zaznaczyć pole, jeśli ma zastosowanie)
<i>Imię i nazwisko (drukowanymi literami)</i>	<i>Podpis</i>	<i>Data</i>	<i>Godzina</i>		

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	Pacjent nie wyraził zgody na obecność tłumacza (zaznaczyć pole, jeśli ma zastosowanie)
<i>Imię i nazwisko i/lub numer (drukowanymi literami)</i>	<i>Podpis (jeżeli obecny)</i>	<i>Data</i>	<i>Godzina</i>		

**Zgoda telefoniczna / podczas wideorozmowy (zaznaczyć pole, jeżeli dotyczy), podpis rodzica/opiekuna/przedstawiciela\*\*/tłumacza nie jest wymagany.**

► **The Attending Physician or Privileged Provider who is performing the procedure must sign the certification below.**

I, the Attending Physician or Privileged Provider, hereby certify that the nature, purpose, benefits, risks of, and alternatives to the proposed Procedure have been explained to the patient/guardian/representative\*\* and I have offered to answer any questions and have fully answered all such questions. I believe that the patient/guardian/representative\*\* fully understands what I have explained and answered. In the event that I was not present when the patient signed this 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.

_____	_____	_____	_____
<i>Print name</i>	<i>Attending Physician/Privileged Provider Signature</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>

► **If more than thirty days have passed since this consent form was signed or the consent conversation was held:**

I, the Attending Physician or Privileged Provider, have reaffirmed the patient/guardian/representative's\*\* understanding and certify that there has been no substantial change to the patient's condition in the time period since the consent form was signed.

_____	_____	_____	_____
<i>Print name</i>	<i>Attending Physician/Privileged Provider Signature</i>	<i>Date</i>	<i>Time</i>

\* Należy uzyskać podpis pacjenta, chyba że pacjent jest osobą poniżej 18. roku życia lub niezdolną do złożenia podpisu.

\*\* Używany w treści niniejszego dokumentu termin „przedstawiciel” odnosi się do przedstawiciela upoważnionego prawnie.

**NOTE: THIS DOCUMENT MUST BE MADE PART OF THE PATIENT'S MEDICAL RECORD.**