



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 FHCDA 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.



চিকিৎসাজনিত অবস্থা:

শারীরিক অবস্থা (প্রয়োজনীয়, একটিতে টিক চিহ্ন দিন): স্থিতিশীল সংকটপূর্ণ

রোগ নির্ণয় (প্রয়োজনীয়): _____

স্থানান্তর করার কারণ/সুবিধা (প্রয়োজনীয়, প্রযোজ্য সবগুলিতে টিক চিহ্ন দিন):

বেড নির্ধারণের কাজ ত্বরান্বিত করা উচ্চ স্তর বিশিষ্ট/বিশেষ পরিচর্যা রোগীর পছন্দে অগ্রাধিকার নিরবিচ্ছিন্ন পরিচর্যা প্রদান

স্থানান্তরের অন্য কোনো কারণ (যদি প্রযোজ্য হয়): _____

ঝুঁকিসমূহ:

সকল স্থানান্তরের ক্ষেত্রে যানজটের কারণে হওয়া বিলম্ব, দুর্ঘটনা, দুর্যোগপূর্ণ আবহাওয়া, উঁচুনিচু বা টালমাটাল রাস্তা, এবং গন্তব্যে পৌঁছানোর পথে চিকিৎসাজনিত অবস্থার পরিবর্তন হলে গাড়িতে উপস্থিত সরঞ্জাম ও কর্মীদের সীমাবদ্ধতার মতো কিছু অন্তর্নিহিত ঝুঁকি থেকেই যায়।

রোগীর চিকিৎসাজনিত অবস্থার সাথে সম্পর্কিত ঝুঁকিগুলি সহ অন্যান্য কোনো বিপদের সম্ভাবনা (প্রয়োজনীয় তবে প্রযোজ্য না হলে, ফাঁকা ছেড়ে দিন): _____

স্থানান্তর করার ক্ষেত্রে রোগীর সম্মতি

উপস্থিত চিকিৎসক(রা) বা নিচের মনোনীত ব্যক্তি আমাকে আমার পছন্দের বা বোধগম্য ভাষায়, নির্দিষ্টভাবে আমার চিকিৎসাজনিত অবস্থার সাথে সম্পর্কিত সম্ভাব্য সমস্ত ঝুঁকি এবং সুবিধাগুলি ব্যাখ্যা করেছেন। আমাকে প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে এবং আমার সমস্ত প্রশ্নের উত্তর আমার সন্তুষ্টির সাথে দেওয়া হয়েছে।

রোগী,* অভিভাবক
বা প্রতিনিধি**

	মুদ্রিত নাম	স্বাক্ষর	তারিখ	সময়	সম্পর্ক বা "স্বয়ং"
সাক্ষীর স্বাক্ষর	মুদ্রিত নাম	স্বাক্ষর	তারিখ	সময়	<input type="checkbox"/> রোগী স্বাক্ষর নিশ্চিত করার সাক্ষ্য (যদি প্রযোজ্য হয়, বাক্সে টিক চিহ্ন দিন)
পছন্দের বা বোধগম্য ভাষার অনুবাদকের নাম অথবা নম্বর	মুদ্রিত নাম এবং/অথবা নম্বর	স্বাক্ষর (যদি উপস্থিত থাকেন)	তারিখ	সময়	<input type="checkbox"/> রোগী অনুবাদককে প্রত্যাখ্যান করেছেন (যদি প্রযোজ্য হয়, বাক্সে টিক চিহ্ন দিন)

টেলিফোন/ভিডিও কলের মাধ্যমে প্রতিনিধির সহিত সম্মতি** (যদি প্রযোজ্য হয়, বাক্সে টিক চিহ্ন দিন)

যদি প্রযোজ্য হয়, রোগীর চিকিৎসাজনিত অবস্থার সাথে সম্পর্কিত ঝুঁকি এবং সুবিধাগুলি ব্যাখ্যা করার জন্য উপস্থিত চিকিৎসক কর্তৃক নিযুক্ত করা মনোনীত ব্যক্তির নাম:

মনোনীত ব্যক্তির মুদ্রিত নাম (প্রযোজ্য না হলে, ফাঁকা ছেড়ে দিন)

উপস্থিত চিকিৎসক কর্তৃক স্থানান্তরের শংসাপত্র

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে স্থানান্তরের সময় আমার কাছে উপলব্ধ তথ্যের ভিত্তিতে, যুক্তিসঙ্গত মাত্রায় চিকিৎসা নিশ্চিত করার সাথে, যথাযথ পরিচর্যার পরিপ্রেক্ষিতে অপর একটি জায়গায় প্রত্যাশিত চিকিৎসাজনিত সুবিধাগুলি এই ব্যক্তি বা অনাগত শিশুর ঝুঁকির চেয়ে অধিক জোরালো। আমি নিশ্চিত করেছি যে এই রোগী/প্রতিনিধি** অবহিত সম্মতি দিতে সক্ষম। যদি রোগী সম্মতি দিতে অসমর্থ হয়ে থাকেন এবং কোনো প্রতিনিধি** না থেকে থাকে, আরেকজন দ্বিতীয় উপস্থিত চিকিৎসক স্থানান্তরের উপযুক্ততার সাথে সহমত প্রকাশ করেছেন (সম্পূর্ণ FHCDA ফর্ম 3)। আমি রোগী/প্রতিনিধিকে** নির্দিষ্টভাবে তাদের চিকিৎসাজনিত অবস্থার সাথে সম্পর্কিত স্থানান্তরের সমস্ত ঝুঁকি এবং সুবিধাগুলি ব্যাখ্যা করেছি। আমি যেকোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার প্রস্তাব দিয়েছি এবং সেই ধরনের সমস্ত প্রশ্নের সম্পূর্ণ উত্তর দিয়েছি। রোগীর ফর্মে স্বাক্ষর করার সময়ে আমি যদি উপস্থিত না থেকে থাকি এমন ঘটনার ক্ষেত্রে, আমি বুঝি যে ফর্মটি কেবলমাত্র অবহিত সম্মতির প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হওয়ার একটি নথি বা প্রমাণ। রোগীর কাছ থেকে সম্মতি গ্রহণ করার জন্য আমি দায়বদ্ধ থাকব।

উপস্থিত চিকিৎসকের মুদ্রিত নাম _____ উপস্থিত চিকিৎসকের স্বাক্ষর _____ তারিখ _____ সময় _____

*যদি না রোগী 18 বছরের কম বয়সী কিংবা শারীরিকভাবে অক্ষম হয়ে থাকেন তাহলে রোগীর স্বাক্ষর অবশ্যই নিতে হবে।

**সমগ্র নথি জুড়ে, "প্রতিনিধি" শব্দটি আইনগতভাবে অনুমোদিত প্রতিনিধি বা অভিভাবককে বোঝায়।