



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.



Consentement au transfert

Problème de santé :

Affection (obligatoire, cochez une réponse) : Stable Critique

Diagnostic (obligatoire) : _____

Motif du transfert/de la prestation (obligatoire, cochez toutes les réponses applicables) :

Attribution plus rapide d'un lit Soins de niveau supérieur/spécialisés Préférence du/de la patient(e) Continuité des soins

Autre motif du transfert (le cas échéant) : _____

Risques :

Tous les transferts comportent des risques inhérents au retard dus à la circulation, aux accidents, aux mauvaises conditions météorologiques, aux terrains accidentés ou aux turbulences, ainsi que des inconvénients liés à l'équipement et au personnel présents dans le véhicule qui peuvent changer mon état de santé cancel pendant le trajet jusqu'à l'établissement.

Autres risques, y compris ceux liés au problème de santé du/de la patient(e) (obligatoire, mais laissez un vide s'ils n'existent pas) : _____

Consentement du/de la patient(e) au transfert

Le ou les médecins traitants ou la personne désignée ci-dessous m'ont expliqué, dans la langue de mon choix, les risques et les avantages potentiels de mon transfert compte tenu de mon problème de santé. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions.

Patient(e)*, tuteur/tutrice ou représentant(e)**

<i>Nom en caractères d'imprimerie</i>	<i>Signature</i>	<i>Date</i>	<i>Heure</i>	<i>Lien ou « moi-même »</i>
---------------------------------------	------------------	-------------	--------------	-----------------------------

Signature du témoin

<i>Nom en caractères d'imprimerie</i>	<i>Signature</i>	<i>Date</i>	<i>Heure</i>	<input type="checkbox"/> Signature du/de la patient(e) confirmée par un témoin (cochez la case le cas échéant)
---------------------------------------	------------------	-------------	--------------	--

Nom ou numéro de l'interprète dans la langue préférée

<i>Nom en caractères d'imprimerie ou numéro</i>	<i>Signature (s'il/si elle présent[e])</i>	<i>Date</i>	<i>Heure</i>	<input type="checkbox"/> Interprète refusé(e) par le/la patient(e) (cochez la case le cas échéant)
---	--	-------------	--------------	--

Consentement par téléphone/vidéo avec un(e) représentant(e) (cochez la case le cas échéant)**

Nom de la personne désignée par le médecin traitant pour expliquer les risques et les avantages du transfert compte tenu du problème de santé du/de la patient(e), le cas échéant :

Nom en caractères d'imprimerie de la personne désignée (laissez en blanc en son absence)

Attestation de transfert du médecin traitant

Je certifie par la présente que, d'après les informations dont je disposais au moment du transfert, avec un degré raisonnable de certitude médicale, les avantages médicaux attendus de la prestation de soins appropriés dans un autre établissement l'emportent sur le risque encouru par la personne ou l'enfant à naître. J'ai confirmé que ce(tte) patient(e) ou ce(tte) représentant(e)** est en mesure de donner son consentement éclairé. Si le/la patient(e) n'est pas en mesure de donner son consentement et n'a pas de représentant(e)**, un deuxième médecin traitant a approuvé la pertinence du transfert (remplir le formulaire 3 de la loi sur les décisions familiales en matière de soins de santé [Family Health Care Decisions Act, FHCDIA]). J'ai expliqué au/à la patient(e) ou au/à la représentant(e)** les risques et les avantages du transfert compte tenu de son problème de santé. J'ai proposé de répondre à toutes les questions et j'y ai répondu de manière exhaustive. Dans le cas où je n'étais pas présent lorsque le/la patient(e) a signé le formulaire, je comprends que ce formulaire est le seul document attestant que la procédure de consentement a bien eu lieu. Je reste responsable de l'obtention du consentement de la part du/de la patient(e).

<i>Nom du médecin traitant en caractères d'imprimerie</i>	<i>Signature du médecin traitant</i>	<i>Date</i>	<i>Heure</i>
---	--------------------------------------	-------------	--------------

*La signature du/de la patient(e) doit être obtenue, sauf si le/la patient(e) a moins de 18 ans ou s'il n'a pas la capacité de le faire.

**Dans le présent document, le terme « représentant(e) » désigne un(e) représentant(e) ou un tuteur/une tutrice légalement autorisé(e).