



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.



Zgoda na przeniesienie

Stan zdrowia:

Stan (wymagany, zaznaczyć jeden): Stabilny Krytyczny

Diagnoza (wymagana): _____

Powód przeniesienia / korzyści (wymagane, zaznaczyć wszystkie odpowiednie pola):

Przyspieszone przydzielanie łóżek Opieka zdrowotna na wyższym poziomie / opieka specjalistyczna Preferencje pacjenta
 Ciągłość opieki

Inny powód przeniesienia (jeśli dotyczy): _____

Zagrożenia:

Wszystkie przeniesienia wiążą się z nieodłącznym ryzykiem opóźnień w ruchu drogowym, wypadków, niesprzyjającej pogody, trudnego terenu lub turbulencji oraz ograniczeń sprzętu i personelu obecnego w pojeździe w przypadku zmiany mojego stanu zdrowia w drodze do ośrodka.

Inne zagrożenia, w tym związane ze stanem zdrowia pacjenta (wymagane, ale jeśli nie dotyczy, pozostawić niewypełnione):

Zgoda pacjenta na przeniesienie

Lekarz(e) prowadzący lub osoba wyznaczona poniżej objaśnili mi w preferowanym przeze mnie języku potencjalne ryzyko i korzyści związane z przeniesieniem do innego ośrodka w związku z moim stanem zdrowia. Zapewniono mi możliwość zadawania pytań i na wszystkie z nich udzielono mi wyczerpujących odpowiedzi.

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

Imię i nazwisko wielkimi literami

Podpis

Data

Godzina

*Relacja z pacjentem
lub „pacjent”*

Podpis świadka

Imię i nazwisko wielkimi literami

Podpis

Data

Godzina

Potwierdza, że
pacjent złożył podpis
w jego obecności
(zaznaczyć pole, jeśli ma
zastosowanie)

**Imię i nazwisko lub numer
tłumacza preferowanego
języka**

*Imię i nazwisko i/lub numer
(drukowanymi literami)*

Podpis (jeżeli obecny)

Data

Godzina

Pacjent nie wyraził
zgody na obecność
tłumacza
(zaznaczyć pole, jeśli
ma zastosowanie)

Zgoda udzielona drogą telefoniczną/wideo z przedstawicielem (zaznaczyć pole, jeśli dotyczy)**

Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez lekarza prowadzącego w celu wyjaśnienia ryzyka i korzyści związanych z przeniesieniem w przypadku stanu zdrowia pacjenta (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko osoby wyznaczonej drukowanymi literami (jeśli nie dotyczy, pozostawić puste)

Zaświadczenie lekarza prowadzącego o przeniesieniu

Niniejszym zaświadczam, że na podstawie informacji dostępnych w momencie przeniesienia (z uzasadnionym stopniem pewności medycznej) oczekiwane korzyści medyczne wynikające z zapewnienia odpowiedniej opieki w innej placówce przewyższają ryzyko dla danej osoby lub nienarodzonego dziecka. Potwierdzam, że pacjent/przedstawiciel** jest w stanie wyrazić świadomą zgodę. Jeśli pacjent nie jest w stanie wyrazić zgody i nie posiada przedstawiciela**, drugi lekarz prowadzący potwierdził zasadność przeniesienia (wypełnić formularz 3 FHCD). Objaśniłem(-am) pacjentowi/przedstawicielowi** zagrożenia i korzyści związane z przeniesieniem w odniesieniu do jego stanu zdrowia. Zobowiązałem(-am) się odpowiedzieć na wszelkie pytania i udzieliłem(-am) wyczerpujących odpowiedzi. W przypadku mojej nieobecności podczas podpisywania formularza przez pacjenta rozumiem, że formularz jest wyłącznie dokumentacją potwierdzającą przeprowadzenie procesu świadomej zgody. Pozostaję odpowiedzialny(-a) za uzyskanie zgody od pacjenta.

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego wielkimi literami

Podpis lekarza prowadzącego

Data

Godzina

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

**W niniejszym dokumencie termin „przedstawiciel” odnosi się do prawnie upoważnionego przedstawiciela lub opiekuna.