Mount Sinai

Mount Sinai Health System
New York

CONSENT TO SURGERY/ PROCEDURE/TREATMENT AND ANESTHESIA

1. I hereby authorize _____ and _____ and those
   Attending Physician/Privileged Provider *Co-Surgeon/Privileged Provider*
   associates or assistants designated to perform upon _____ the following
   Name of Patient or "Me"
   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 including sensitive examinations (breast, pelvic, prostate, or rectal) if indicated for my care.
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. ☐ I do not agree.
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. ☐ I do not agree.
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. ☐ I do not agree.
8. If applicable for this procedure, I agree to allow a member of my care team to perform sensitive exams (breast, pelvic, prostate, or rectal) for educational or training purposes. ☐ I do not agree.
9. If applicable, I agree to allow authorized observers into the operating or treatment room. ☐ I do not agree.
10. 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 Name or Number	_____ *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.

Mount Sinai Health System
New York

CONSENTEMENT POUR INTERVENTION CHIRURGICALE/PROCÉDURE/THÉRAPIE ET ANESTHÉSIE

1. Par les présentes, j'autorise _____ et _____ et les associés
   Médecin traitant/Prestataire privilégié *Chirurgien/Prestataire privilégié*
   ou assistants désignés à administrer à/effectuer sur _____ les thérapies, interventions chirurgicales
   (Nom du patient ou « Moi »)
   ou procédures suivantes : (ci-après, une « Procédure ») suivante(s) : _____

   _____

   Une équipe de professionnels de la santé travaillera ensemble pour réaliser ma Procédure. Mon Médecin traitant/Prestataire privilégié ou un autre Prestataire privilégié désigné sera présent à toutes les étapes critiques de la Procédure. J'accepte que d'autres professionnels de la santé puissent réaliser d'autres aspects de la Procédure, selon ce que mon médecin ou le Prestataire privilégié désigné jugera nécessaire, y compris des examens sensibles (mammaires, pelviens, prostatiques ou rectaux) si cela est indiqué dans le cadre de mes soins.
2. Le Médecin traitant/Prestataire privilégié susdit (ou la personne qu'il aura désignée – si non applicable, laisser en blanc : _____ _____) m'a entièrement expliqué, dans la langue de mon choix, ce qu'il se passera pendant et après les soins, notamment toute Procédure supplémentaire et/ou médicaments prescrits, y compris au cours de mon rétablissement. Ils ont également mentionné les risques, les avantages et les alternatives à ces soins. Je comprends également que des images ou des sons peuvent être enregistrés et que des organes, tissus, implants ou fluides corporels peuvent être extraits, examinés et conservés aux fins des soins médicaux et d'améliorations de la sécurité. S'ils sont jetés, ils le seront conformément aux pratiques habituelles. J'accepte également d'autoriser la présence des collaborateurs de support technique ou du fournisseur nécessaires dans la salle où se déroule la Procédure aux fins de mes soins médicaux. J'ai été informé(e) des probabilités d'atteindre les objectifs proposés et des alternatives raisonnables au programme de soins proposé, y compris celle de ne pas recevoir les thérapies proposées. J'ai eu la possibilité de poser des questions, et j'ai reçu à toutes mes questions une réponse satisfaisante.
3. Je comprends qu'au cours de la Procédure proposée ci-dessus, des imprévus peuvent se produire et qu'il est possible que j'aie besoin d'une Procédure différente. Je consens à la Procédure supplémentaire que le médecin ou ses Associés/Assistants/Prestataires privilégiés désignés susdits puissent juger nécessaire.
4. Je comprends que mon professionnel de la santé peut m'administrer des médicaments afin d'assurer mon bien-être et ma sécurité, par exemple des anesthésiques/sédatifs/analgésiques. Je déclare que mon professionnel de la santé m'a parlé des risques, avantages et alternatives à ces médicaments avant ma thérapie ou qu'il m'en parlera.
5. J'accepte, le cas échéant, de recevoir des transfusions de sang ou de produits sanguins dans le cadre de ma thérapie médicale. Je déclare que mon professionnel de la santé m'a parlé des risques, avantages et alternatives à une transfusion de sang ou de produits sanguins. ☐ Je refuse.
6. J'accepte l'extraction, l'examen et la conservation d'organes, de tissus, d'implants ou d'autres fluides corporels et leur conservation à des fins scientifiques ou éducatives. Je comprends que mon identité sera maintenue confidentielle et que mes organes, tissus, implants ou autres fluides corporels seront manipulés, stockés et jetés conformément aux pratiques habituelles. ☐ Je refuse.
7. Dans le cadre de cette Procédure, j'autorise, le cas échéant, l'enregistrement d'images et de son à des fins éducatives, telles que présentations et publications. Je comprends que mon identité sera maintenue confidentielle. ☐ Je refuse.
8. Si cela rentre dans le cadre de cette procédure, j'accepte qu'un membre de mon équipe soignante réalise des examens sensibles (mammaires, pelviens, prostatiques ou rectaux) à des fins pédagogiques ou de formation. ☐ Je refuse.
9. J'autorise, le cas échéant, la présence d'observateurs autorisés dans la salle d'opération ou de thérapie. ☐ Je refuse.
10. J'ai indiqué les dispositions du présent document que je refuse.

Le patient,* Tuteur ou représentant**	_____	_____	_____	_____	_____
	Nom en caractères d'imprimerie	*Signature*	*Date*	*Heure*	*Parenté ou Intéressé*
Témoin de la signature	_____	_____	_____	_____	☐ Confirme avoir vu le Patient signer *(Cochez la case, le cas échéant)*
	Nom en caractères d'imprimerie	*Signature*	*Date*	*Heure*	
Langue choisie Nom ou numéro de l'interprète	_____	_____	_____	_____	☐ Le patient refuse l'interprète *(Cochez la case, le cas échéant)*
	Nom en caractères d'imprimerie et/ou numéro	*Signature (si présent[e])*	*Date*	*Heure*	

☐ **Consentement par téléphone/vidéo (cochez la case, le cas échéant) : la signature du Patient/Tuteur/Représentant**/ interprète n'est pas nécessaire.**

▶ **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*

* La signature du patient doit être obtenue, à moins qu'il ait moins de 18 ans ou qu'il soit incapable.
** Aux fins du présent document, le terme « représentant » désigne un représentant légalement habilité.