safer better good value care

Royal Cornwall Hospitals NHS
NHS Trust

# Consent Form 2
# Foreign language pack

# POLISH

This pack contains:

- One Polish language Consent Form 2- **CHA2872**
  This is set out identically to the Trust's current Consent Form 2
- One English language Consent Form 2 CHA2334 for reference. This includes guidance notes for help and support.

Please complete the foreign language consent form and file in the patient's health record.

The patient should be given a photocopy of the completed foreign language consent form.

# Formularz zgody 2

# Zgoda rodzica/osoby sprawującej władzę rodzicielską do przeprowadzenia badania lub leczenia dziecka lub młodej osoby

CHA2872
Wydrukowano 01/2002
Zaktualizowano 02/2010

# FORMULARZ ZGODY 2

## Do użycia na terenie Kornwalii

### ZGODA RODZICA/OSOBY SPRAWUJĄCEJ WŁADZĘ RODZICIELSKĄ

Numer Państwowej Służby Zdrowia (NHS): .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres: .....

Data urodzenia: .....

Numer CR: .....

MIEJSCE NA NAKLEJKĘ PACJENTA

## Nazwa zabiegu lub leczenia

(w tym krótkie wyjaśnienie, jeśli termin medyczny jest niejasny)

Specjalne wymagania
(np. inny język, sposób komunikowania się, itp.)

Pracownik medyczny odpowiedzialny za pacjenta

Stanowisko .....

**Oświadczenie pracownika medycznego** (wypełnia pracownik medyczny posiadający odpowiednią wiedzę na temat proponowanego zabiegu, zgodnie z polityką uzyskania zgody)

Wyjaśniłem zabieg dziecku i jego rodzicowi/rodzicom/osobie sprawującej władzę rodzicielską. W szczególności, wyjaśniłem/-am:

Zamierzone korzyści

Istotne, niemożliwe do uniknięcia lub często pojawiające się ryzyka

Wszelkie inne zabiegi, które mogą okazać się niezbędne podczas tego zabiegu

☐ transfuzja krwi

☐ inne zabiegi (prosimy określić)

Omówiłem/-am także szczegóły na temat tego, co najprawdopodobniej będzie obejmował zabieg, korzyści i ryzyka związane z jakimikolwiek alternatywnymi zabiegami (w tym brak leczenia) oraz wszelkie obawy dziecka i jego rodzica/rodziców/osoby sprawującej władzę rodzicielską.

☐ Wręczono poniższą ulotkę/kasetę

Niniejszy zabieg będzie obejmował:

☐ znieczulenie ogólne i/lub regionalne ☐ znieczulenie miejscowe ☐ podanie środka uspokajającego

Podpisano ——— Data ———

Imię i nazwisko (DUŻYMI LITERAMI) ——— Stanowisko ———

**Dane kontaktowe** (w przypadku gdy dziecko/rodzic życzy sobie omówić dostępne opcje w późniejszym terminie) ———

**Oświadczenie tłumacza ustnego** (gdzie stosowne)

Oświadczam, że przetłumaczyłem/-am powyższe informacje dziecku i jego rodzicowi/rodzicom/osobie sprawującej władzę rodzicielską najlepiej jak potrafię oraz w sposób, który uważam za zrozumiały dla nich.

Podpisano ——— Data ———

Imię i nazwisko (DUŻYMI LITERAMI) ———

GÓRNA ŻÓŁTA KOPIA - AKTA MEDYCZNE

**Biała kopia zaakceptowana przez pacjenta/rodzica: TAK lub NIE** (prosimy zakreślić właściwe)

**NB: Prosimy o zapoznanie się ze wskazówkami dla pracowników medycznych znajdującymi się na wewnętrznej stronie okładki.r**

PROSIMY ZŁOŻYĆ NINIEJSZY FORMULARZ W CELU JEGO WŁOŻENIA DO AKT MEDYCZNYCH

**Należy dopilnować, aby dane identyfikacyjne/naklejka identyfikacyjna pacjenta znajdowały ię na obu kopiach**

**Oświadczenie rodzica/osoby sprawującej władzę rodzicielską**

Prosimy o uważne przeczytanie niniejszego formularza. Jeśli leczenie zostało zaplanowane z wyprzedzeniem, powinniście byli Państwo otrzymać własną kopię strony 1 zawierającą informacje na temat korzyści i ryzyka związanych z proponowanym leczeniem. Jeśli nie, kopia zostanie zaoferowana Państwu teraz. W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy pytać - jesteśmy tutaj po to, aby pomóc Państwu i Państwa dziecku. W każdej chwili mogą Państwo zmienić zdanie, również po podpisaniu niniejszego formularza.

**Zgadzam się** na zabieg lub leczenie, o którym mowa w niniejszym formularzu i potwierdzam. że sprawuję władzę rodzicielską nad niniejszym dzieckiem.

**Rozumiem, że** nie mogą mi Państwo zagwarantować, iż zabieg przeprowadzać będzie konkretna osoba, aczkolwiek osoba przeprowadzająca go będzie miała odpowiednie doświadczenie.

**Rozumiem, że** moje dziecko i ja będziemy mieli możliwość omówienia szczegółów odnośnie znieczulenia z anestezjologiem przed zabiegiem, chyba że będzie to niemożliwe w związku z koniecznością podjęcia nagłych działań ze względu na sytuację. (Dotyczy to wyłącznie dzieci poddawanych znieczuleniu ogólnemu lub regionalnemu.)

**Rozumiem, że** jakikolwiek dodatkowy zabieg nieuwzględniony w niniejszym formularzu zostanie przeprowadzony wyłącznie w sytuacji, gdy będzie to konieczne dla uratowania życia mojemu dziecku lub zapobieżenia poważnemu uszczerbkowi na jego zdrowiu.

**Poniżej wymieniłem/-am** wszystkie zabiegi, których przeprowadzenia nie życzę sobie bez wcześniejszego przedyskutowania.

**Zgadzam się/Nie zgadzam się,** aby próbki tkanek i płynów były wykorzystywane anonimowo i przechowywane dla celów kontroli jakości oraz innych celów technicznych. ***[niepotrzebne skreślić].***

**Zgadzam się/Nie zgadzam się,** aby próbki tkanek i płynów były wykorzystywane anonimowo i przechowywane na potrzeby edukacji klinicznej ***[niepotrzebne skreślić].***

**Zgadzam się/Nie zgadzam się,** aby próbki tkanek i płynów były wykorzystywane anonimowo i przechowywane na potrzeby badań zatwierdzonych z etycznego punktu widzenia ***[niepotrzebne skreślić].***

Poniżej wymieniłem/-am rodzaj badania medycznego, na potrzeby którego nie chcę, aby wykorzystano próbki mojego dziecka:

Podpis ——— Data ———

Imię i nazwisko (DUŻYMI LITERAMI) ——— Stopień pokrewieństwa z dzieckiem ———

**Zgoda dziecka na leczenie (jeśli dziecko życzy sobie podpisać zgodę)**

Zgadzam się na leczenie, o którym zostałem/-am poinformowany/-a.

Imię i nazwisko ——— Podpis ———

Date ———

**Potwierdzenie udzielenia zgody** (do wypełnienia przez pracownika medycznego z chwilą gdy dziecko jest przyjęte na zabieg, w przypadku gdy formularz został uprzednio podpisany przez rodzica/osobę sprawującą władzę rodzicielską/dziecko)

W imieniu zespołu leczącego dziecko, potwierdziłem z dzieckiem i jego rodzicem/rodzicami/osobą sprawującą władzę rodzicielską, że nie mają oni żadnych dalszych pytań i życzą sobie przeprowadzenia zabiegu.

Podpisano ——— Data ———

Imię i nazwisko (DUŻYMI LITERAMI) ——— Stanowisko ———

**Ważne: (zaznaczyć odpowiedni kwadrat)**

☐ Należy zapoznać się także z podjętą z góry decyzją o odmowie leczenia (np. formularz świadka Jehowy)

☐ Rodzic/osoba sprawująca władzę rodzicielską wycofała zgodę (należy ich poprosić o podpisanie/wpisanie daty w tym miejscu) ———

Consent form for use in Cornwall

# Consent form 2

# Parent / person with parental responsibility agreement to investigation or treatment for a child or young person

CHA2334
Printed 01/2002
Revised 02/2010

## Guidance to Health Professionals (to be read in conjunction with consent policy)

**This form**

This form should be used to document consent to a child's treatment, where that consent is being given by a person with parental responsibility for the child. The term 'parent' has been used in the form as a shorthand for 'person with parental responsibility'. Where children are legally competent to consent for themselves (see below), they may sign the standard 'adult' consent form (Form 1). There is space on that form for a parent to countersign if a competent child wishes them to do so.

**Who can give consent**

Everyone aged 16 or more is presumed to be competent to give consent for themselves, unless the opposite is demonstrated. The courts have stated that if a child under the age of 16 has "sufficient understanding and intelligence to enable him or her to understand fully what is proposed", then he or she will be competent to give consent for himself or herself. If children are not able to give consent for themselves, someone with parental responsibility may do so on their behalf.

Although children acquire rights to give consent for themselves as they grow older, people with 'parental responsibility' for a child retain the right to give consent on a child's behalf until the child reaches the age of 18. Therefore, for a number of years both the child and a person with parental responsibility have the right to give consent to the child's treatment. In law, health professionals only need the consent of one appropriate person before providing treatment. This means that in theory it is lawful to provide treatment to a child under 18 which a person with parental responsibility has authorised, even if the child refuses. Where a person of 16 or 17 or a 'Gillick competent child' under 16 refuses treatment, it is possible that such a refusal could be over-ruled if it would in all probability lead to the death of the child, or to severe permanent injury. It would be prudent to obtain a court declaration or decision if faced with a competent child, or young person, who is refusing to consent to treatment, to determine whether it is lawful to treat the child.

Younger children should also be as involved as possible in decisions about their healthcare. Further advice is given in the department's guidance 'Seeking Consent: Working with Children'. Any differences of opinion between the child and their parents, should be clearly documented in the patient's notes.

**Information**

Information about what the treatment will involve, its benefits and risks (including side-effects and complications) and the alternatives to the particular procedure proposed, is crucial for children and their parents, or those with parental responsibility, when making up their minds about treatment. The courts have stated that patients should be told about 'significant risks which would affect the judgement of a reasonable patient'.

'Significant' has not been legally defined, but the GMC requires doctors to tell patients about serious or frequently occurring risks. In addition, if patients make clear they have particular concerns about certain kinds of risk, you should make sure they are informed about these risks, even if they are very small or rare. You should always answer questions honestly.

**Guidance on the law on consent**

See the Department of Health Publications Reference Guide to Consent for examination or treatment and Seeking Consent: Working with Children for a comprehensive summary of the law on consent (also available at www.doh.gov.uk/consent).

# CONSENT FORM 2

## For use in Cornwall

## PARENT / PERSON WITH PARENTAL RESPONSIBILITY AGREEMENT

NHS number: .....

Name of patient: .....

Address: .....

Date of birth: .....

CR number: .....

AFFIX PATIENT LABEL

### Name of procedure or treatment
(including brief explanation if medical term not clear)

Special Requirements
(e.g. other language, other communication method etc.)

Responsible health professional

Job title

**Statement of Health Professional** (to be filled in by health professional with appropriate knowledge of proposed procedure, as specified in consent policy)

I have explained the procedure to the child and their parent(s) / person with parental responsibility. In particular, I have explained:

The intended benefits

Significant, unavoidable or frequently occurring risks

Any extra procedures which may become necessary during the procedure

☐ blood transfusion

☐ other procedure (please specify)

I have also discussed what the procedure is likely to involve, the benefits and risks of any available alternative treatments (including no treatment) and any particular concerns of this child and their parent(s) / person with parental responsibility.

☐ The following leaflet/tape has been provided

This procedure will involve:

☐ general and/or regional anaesthesia ☐ local anaesthesia ☐ sedation

Signed _____ Date _____

Name (PRINT) _____ Job title _____

**Contact Details** ( if child/parent wish to discuss options later) _____

**Statement of Interpreter** (where appropriate)

I have interpreted the information above to the child and their parent(s) / person with parental responsibility to the best of my ability and in a way in which I believe they can understand.

Signed _____ Date _____

Name (PRINT) _____

YELLOW TOP COPY - HEALTH RECORDS
**White copy accepted by patient/parent: YES or NO** (please ring)
**NB: See Guidance to Health Professionals on inside cover**

PLEASE FOLD FOR INSERTION INTO HEALTH RECORDS

**Please ensure Patient identifier details/label is on both copies**

**Statement of parent / person with parental responsibility**

Please read this form carefully. If the procedure has been planned in advance, you should already have your own copy of page 1 which describes the benefits and risks of the proposed treatment. If not, you will be offered a copy now. If you have any further questions, do ask - we are here to help you and your child. You have the right to change your mind at any time, including after you have signed this form.

**I agree** to the procedure or course of treatment described on this form and **I confirm** that I have 'parental responsibility' for this child.

**I understand** that you cannot give me a guarantee that a particular person will perform the procedure. The person will, however, have appropriate experience.

**I understand** that my child and I will have the opportunity to discuss the details of anaesthesia with an anaesthetist before the procedure, unless the urgency of the situation prevents this. (This only applies to children having general or regional anaesthesia.)

**I understand** that any procedure in addition to those described on this form will only be carried out if it is necessary to save the life of my child or to prevent serious harm to his or her health.

**I have been told** about additional procedures which may become necessary during my child's treatment. I have listed below any procedures **which I do not wish to be carried out** without further discussion.

**I agree / disagree** that tissue and fluid samples may be used anonymously and stored for quality control and other technical purposes ***[delete as appropriate]***.

**I agree / disagree** that tissue and fluid samples may be used anonymously and stored for clinical education ***[delete as appropriate]***.

**I agree / disagree** that tissue and fluid samples may be used anonymously and stored for ethically approved research ***[delete as appropriate]***.

I have listed below the type of medical research that I do not wish my child's samples to be used for:

Signature _____ Date _____

Name (PRINT) _____ Relationship to child _____

**Child's Agreement to Treatment (if child wishes to sign)**

I agree to have the treatment I have been told about.

Name _____ Signature _____

Date _____

**Confirmation to Consent** (to be completed by health professional when the child is admitted for the procedure, if the parent / person with parental responsibility / child has signed the form in advance)

On behalf of the team treating the child, I have confirmed with the child and their parent(s) / person with parental responsibility, that they have no further questions and wish the procedure to go ahead.

Signed _____ Date _____

Name (PRINT) _____ Job title _____

**Important notes: (tick if applicable)**

☐ See also advance decision to refuse treatment (eg Jehovah's Witness form)

☐ Parent / person with parental responsibility has withdrawn consent
(ask them to sign/date here) _____