Consent Form 2
Foreign language pack

RUSSIAN

This pack contains:

- One Russian language Consent Form 2- **CHA2874**
  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.

NHS

Форма информированного согласия для использования в Корнуолле

Форма 2 информированного согласия

Согласие родителей / лица, признанного опекуном на проведение обследования или лечение ребенка или несовершеннолетнего

CHA2874
Сдано в печать 01/2002
Пересмотрено 02/2010

ФОРМА 2 ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Для использования в Корнуолле

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ ЛИЦА, ПРИЗНАННОГО ОПЕКУНОМ

Номер NHS: .....

ФИО пациента: .....

Адрес: .....

Дата рождения: .....

Номер CR: .....

Прикрепить карту пациента

Название предлагаемого обследования или лечения

(включая краткое разъяснение, в случае неясности медицинской терминологии)

_____

_____

_____

Особые требования
(т.е. другой язык, другой способ взаимодействия и т.д.)

.....

.....

Ответственный врач

.....

Должность.....

Заявление врача (заполняется врачом имеющим соответствующую квалификацию по предлагаемой процедуре процедуре, как это оговорено в условиях согласия)

Процедура мною разъяснена ребенку и его родителю(ям) / лицу признанному опекуном. В частности, мною даны разъяснения о:

Подразумеваемых преимуществах _____

_____

_____

Серьезных, неизбежных или часто возникающих рисках _____

_____

_____

Любых дополнительных операциях, которые могут понадобиться в ходе лечения

☐ переливании крови _____

☐ другие процедуры (пожалуйста укажите) _____

_____

Мною также обсуждалось то, что вероятно будет сопряжено с выполнением данной процедуры, преимущества и риски любого альтернативного лечения (включая отсутствие лечения), а также любые пожелания ребенка и его родителя(ей)/ лица признанного опекуном.

☐ Была предоставлена следующая брошюра/кассета _____

В ходе операции будет сделана:

☐ общая и/или местная/ анестезия ☐ местное обезболивание ☐ седативное средство

Подпись _____ Дата _____

Расшифровка подписи _____ Должность _____

Контактная информация (на случай, если ребенок/родитель пожелает обсудить возможные варианты позже) _____

Заявление переводчика (если применимо)

Мною переведена вышеупомянутая информация ребенку и его родителю(ям)/ лицу признанному опекуном наилучшим для их понимания образом.

Подпись _____ Дата _____

Расшифровка подписи _____

ЖЕЛТАЯ КОПИЯ ПРИЛАГАЕТСЯ К ДОКУМЕНТАМ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ

Белая копия принята пациентом/родителем: ДА или НЕТ (пожалуйста обведите кружочком)

Примечание: Смотри Руководящие указания для специалистов здравоохранения на внутренней стороне обложки

ПОЖАЛУЙСТА СОГНИТЕ ДЛЯ ВЛОЖЕНИЯ В ЗАКЛЮЧЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Пожалуйста убедитесь в том, что личные данные Пациента занесены в обе копии документа

Заявление родителей/ лица, признанного опекуном

Пожалуйста внимательно ознакомьтесь с содержанием данной формы. В случае, если Ваше лечение планировалось заранее, у Вас должна быть копия страницы 1, в которой описаны риски, связанные с данным лечением. Если у Вас нет данной копии, Вам ее выдадут сейчас. Если у Вас имеются дополнительные вопросы, пожалуйста обращайтесь - мы готовы помочь Вашему ребенку. У Вас есть право в любое время поменять свое решение, даже после подписания данной формы.

Я даю свое согласие на проведение процедуры или курса лечения, описанного в данной форме и подтверждаю, и подтверждаю, что я несу ответственность как опекун данного ребенка.

Я понимаю, что Вы не можете предоставить мне гарантии того, что данная процедура будет проведена конкретным человеком. Тем не менее, специалист будет обладать соответствующим опытом.

Я понимаю, что мне и моему ребенку будет предоставлена возможность обсудить процедуру применения анестезии с анестезиологом, перед операцией, за исключением случаев, когда неотложность ситуации не позволит нам это сделать. (Это относится только к детям, к которым применяется общая или местная анестезия.)

Я понимаю, что любая операция, проводимая в дополнении к описанным в данной форме, будут выполняться только в случае необходимости спасения жизни моего ребенка или для предотвращения серьезного вреда его или ее здоровью.

Мне разъяснили о возможной необходимости проведения дополнительной операции, которая может потребоваться в ходе лечения моего ребенка. Я указываю перечень операций,которые я не разрешаю проводить без дальнейшего согласования со мной.

_____

_____

Я даю свое согласие / Не даю своего согласия на отбор и анонимное использование ткани и проб жидкости в целях контроля качества и других технических нужд ***[не нужное вычеркнуть].***

Я даю свое согласие / Не даю своего согласия на отбор и анонимное использование ткани и проб жидкости для хранения и медицинских образовательных целей ***[не нужное вычеркнуть].***

Я даю свое согласие / Не даю своего согласия на отбор и анонимное использование ткани и проб жидкости для хранения и разрешенных, с этической точки зрения, исследовательских целей ***[не нужное вычеркнуть].***

Я указываю перечень видов медицинских исследований, для которых я не желаю, чтобы использовались части тела моего ребенка:

_____

_____

_____

_____

Подпись _____ Дата _____

ФИО (Расшифровка подписи) _____ Правоотношение к ребенку _____

Согласие ребенка на лечение (если ребенок желает подписать)

Я даю свое согласие на лечение о котором мне рассказано.

ФИО _____ Подпись _____

Дата _____

Подтверждение Согласия (заполняется врачом, когда ребенку назначается процедура, в случае если родитель / лицо признанное опекуном подписали форму заранее)

От имени бригады врачей, осуществляющих лечение ребенка, я подтверждаю то, что у ребенка и его родителя(ей)/ лица признанного опекуном, дополнительных вопросов нет и они дают свое согласие на проведение лечения.

Подпись _____ Дата _____

Расшифровка подписи _____ Должность _____

Важные примечания: (нужное отметить галочкой)

☐ Смотри также усовершенствованную форму решения об отказе от лечения (например форма для Свидетелей Иеговы)

☐ Родитель / лицо признанное опекуном отозвал согласие
(попросите их подписать/поставить дату здесь) _____

NHS

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

NHS

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) _____