

Facility: **Elmhurst Hospital Center**



Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

অধিক্রামক (ইনভেসিভ), রোগ-নির্গম, চিকিৎসা ও
শল্যচিকিৎসা প্রক্রিয়ার জন্য অবহিত সম্মতি
(INFORMED CONSENT FOR INVASIVE,
DIAGNOSTIC, MEDICAL & SURGICAL PROCEDURES)

FORM B-1

আমি এইমর্মে _____ (অংশগ্রহণকারী চিকিৎসক বা অনুমোদিত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর নাম / Name of Attending Physician or Authorized Health Care Provider) অথবা একই পরিষেবা অংশগ্রহণকারী তার সহযোগী চিকিৎসক, এবং তার দ্বারা নির্বাচিত ও তত্ত্বাবধানকৃত সহকারীপক্ষে নিচে উল্লিখিত চিকিৎসা, অপারেশন, বা প্রক্রিয়ার (এর পর থেকে বলা হবে "প্রক্রিয়া"/hereafter called the "procedure") জন্য অনুমতি প্রদান করছি: **Cardiac Catheterization/Percutaneous Coronary Intervention, Possible Intra-Aortic balloon pump, possible pacemaker. Possible Coronary Artery Bypass Surgery.**

প্রক্রিয়াটি আমার কাছে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং প্রক্রিয়াটি আমার কেন দরকার তার কারণগুলো আমাকে জানানো হয়েছে। প্রক্রিয়াটির ঝুঁকিগুলোও আমার কাছে ব্যাখ্যা করা হয়েছে। সেইসাথে, আমাকে বলা হয়েছে যে প্রক্রিয়াটি আমার প্রত্যাশিত ফল নাও দিতে পারে। এছাড়াও আমার অবস্থার জন্য অন্যান্য সম্ভাব্য চিকিৎসা সম্পর্কে এবং কোনো চিকিৎসা করা না হলে কী ঘটতে পারে সেই সম্পর্কে আমাকে জানানো হয়েছে।

আমি বুঝতে পারছি যে এই প্রক্রিয়ার ঝুঁকি সম্পর্কে আমার কাছে যা ব্যাখ্যা করা হয়েছে তার সাথে যে কোনো শলা বা চিকিৎসা প্রক্রিয়ার ক্ষেত্রে ঘটতে পারে এমন ঝুঁকিও যুক্ত রয়েছে। আমি সচেতন আছি যে চিকিৎসাবিদ্যা ও শল্যচিকিৎসার অনুশীলন কোনো নির্ভুল বিজ্ঞান নয়, এবং এই প্রক্রিয়ার ফলাফল সম্পর্কে আমাকে কোনো নিশ্চয়তা প্রদান করা হয়নি।

আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের সাথে আমার অবস্থা ও চিকিৎসা নিয়ে আলোচনা করার জন্য আমি যথেষ্ট সময় পেয়েছি এবং আমার সবগুলো প্রশ্নের সম্ভাব্যজনক জবাব দেয়া হয়েছে। আমি মনে করি একটি অবহিত সিদ্ধান্ত গ্রহণ করার জন্য আমার কাছে পর্যাপ্ত তথ্য রয়েছে এবং আমি এই প্রক্রিয়া গ্রহণ করতে সম্মত আছি। যদি অপ্রত্যাশিত কোনো কিছু ঘটে এবং বাড়তি অথবা আমার প্রত্যাশার চেয়ে ভিন্ন কোনো চিকিৎসা নেয়ার প্রয়োজন হয়, তাহলে আমি প্রয়োজনীয় যে কোনো চিকিৎসা গ্রহণ করতে সম্মত আছি।

আমি রক্ত ও অন্যান্য রক্তজাত পদার্থ গ্রহণে সম্মত আছি যেগুলো আমার গ্রহণ করা প্রক্রিয়ার সাথে নেয়া অপরিহার্য। ঝুঁকি, সফল ও বিকম্পসমূহ আমার কাছে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং আমার সবগুলো প্রশ্নের সম্ভাব্যজনক জবাব দেয়া হয়েছে।

যদি আমি রক্ত গ্রহণে অস্বীকার করি তাহলে আমি এই অংশটি কেটে দেব এবং এখানে আমার স্বাক্ষর দেব এবং একটি চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করমে স্বাক্ষর করবো।

এই প্রক্রিয়ার সময় অপসারিত কোম-কলা এবং অঙ্গের অংশবিশেষ সংরক্ষণ, ব্যবহার বা যথাযথভাবে পরিত্যাপের জন্য এই প্রতিষ্ঠানকে অনুমতি দিতে আমি সম্মত আছি।

রোগীর স্বাক্ষর অথবা অপ্রাপ্তবয়স্ক রোগীর পিতামাতা/আইনসম্মত অভিভাবকের স্বাক্ষর (Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient)	তারিখ (Date)	এবং (and)	সময় (Time)	সকাল (am) বিকাল (pm)
---	-----------------	--------------	----------------	-------------------------

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of either the health care agent or legal guardian who is acting on behalf of the patient, or the patient's surrogate who is consenting to the treatment for the patient, must be obtained.

রোগীর স্বাক্ষর অথবা পিতামাতা/আইনসম্মত অভিভাবকের স্বাক্ষর (Signature of Health Care Agent/Legal Guardian)	তারিখ (Date)	এবং (and)	সময় (Time)	সকাল (am) বিকাল (pm)
---	-----------------	--------------	----------------	-------------------------

(Place a copy of the authorizing document in the medical record)

প্রতিনিধির স্বাক্ষর এবং তার সাথে সম্পর্ক (Signature and Relation of Surrogate)	তারিখ (Date)	এবং (and)	সময় (Time)	সকাল (am) বিকাল (pm)
---	-----------------	--------------	----------------	-------------------------

সাক্ষী (WITNESS):

I, _____ am a staff member who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed the patient or other appropriate person voluntarily sign this form.

সাক্ষীর স্বাক্ষর এবং পদবী (Signature and Title of Witness)	তারিখ (Date)	এবং (and)	সময় (Time)	সকাল (am) বিকাল (pm)
--	-----------------	--------------	----------------	-------------------------

দোভাষী/অনুবাদক (INTERPRETER/TRANSLATOR): (To be signed by the interpreter/translator if the patient required such assistance)

To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted/translated and voluntarily signed this form.

দোভাষী/অনুবাদকের স্বাক্ষর (Signature of Interpreter/Translator)	তারিখ (Date)	এবং (and)	সময় (Time)	সকাল (am) বিকাল (pm)
---	-----------------	--------------	----------------	-------------------------

Facility:

Elmhurst Hospital Center



Chart No.

Name

Unit

অনুভূতিনাশক এবং/অথবা প্রশান্তিদায়ক
ব্যথানাশকের জন্য অবহিত সম্মতি
(INFORMED CONSENT FOR ANESTHESIA
AND/OR SEDATION ANALGESIA)

(Patient Imprint Card)

FORM B-2

আমি এইমর্মে _____ (চিকিৎসক বা অনুমোদিত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর নাম / Name of Attending Physician or Authorized Health Care Provider) অথবা একই পরিষেবায় অংশগ্রহণকারী তার সহযোগী চিকিৎসক, এবং তার দ্বারা নির্বাচিত ও তত্ত্বাবধানকৃত সহকারীগণকে নিচে উল্লিখিতগুলো প্রয়োগ করার জন্য অনুমতি প্রদান করছি:

 অনুভূতিনাশক / Anesthesia

 প্রশান্তিদায়ক ব্যথানাশক / Sedation Analgesia

এই ধরনের অনুভূতিনাশক এবং/অথবা প্রশান্তিদায়ক ব্যথানাশক প্রয়োগের ঝুঁকি, সুফল ও বিকল্পসমূহ আমাকে জানানো হয়েছে এবং আমার প্রশ্নের সন্তোষজনক জবাব দেয়া হয়েছে।

_____	এক	_____	সকাল (am)
রোগীর স্বাক্ষর অথবা অগ্রাধিকারক রোগীর পিতামাতা/আইনসম্মত অভিভাবকের স্বাক্ষর (Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient)	তারিখ (Date)	(and)	সময় (Time)
			বিকাল (pm)

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of either the health care agent or legal guardian who is acting on behalf of the patient, or the patient's surrogate who is consenting to the treatment for the patient, must be obtained.

_____	এক	_____	সকাল (am)
রোগীর স্বাক্ষর অথবা পিতামাতা/আইনসম্মত অভিভাবকের স্বাক্ষর (Signature of Health Care Agent/Legal Guardian) (Place a copy of the authorizing document in the medical record)	তারিখ (Date)	(and)	সময় (Time)
			বিকাল (pm)

_____	এক	_____	সকাল (am)
প্রতিনিধির স্বাক্ষর এবং তার সাথে সম্পর্ক (Signature and Relation of Surrogate)	তারিখ (Date)	(and)	সময় (Time)
			বিকাল (pm)

সাক্ষী (WITNESS):

I, _____ am a staff member who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed the patient or other appropriate person voluntarily sign this form.

_____	এক	_____	সকাল (am)
সাক্ষীর স্বাক্ষর এবং পদবী (Signature and Title of Witness)	তারিখ (Date)	(and)	সময় (Time)
			বিকাল (pm)

দোতাষী/অনুবাদক (INTERPRETER/TRANSLATOR): (To be signed by the interpreter/translator if the patient required such assistance)

To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted/translated and voluntarily signed this form.

_____	এক	_____	সকাল (am)
দোতাষী/অনুবাদকের স্বাক্ষর (Signature of Interpreter/Translator)	তারিখ (Date)	(and)	সময় (Time)
			বিকাল (pm)

ELMHURST HOSPITAL CENTER
79-01 Broadway, Elmhurst NY 11373

**PRE-PROCEDURE
NOTE / HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION**

Present History: _____

Past Medical and Surgical History: _____

Co morbidity: HTN ASHD DM Asthma COPD Other _____

Personal/Social History: Smoking Alcohol Drugs Other _____

Family History Cancer Heart Disease Other _____

Medications: _____ See Medication Reconciliation Record

Allergies: Medications _____ Dye Shellfish Previous Anaphylaxis Other: _____

Review of Systems _____

Physical Exam: Vital Signs: BP _____ HR _____ Resp. _____ Febrile/Afebrile _____

HEENT: _____

Neurological: _____

Lung: _____

Heart: _____

Breast: _____

Abdomen: _____

GU/GYN: _____

Rectal: _____

Extremities: _____

Lab results/date if applicable _____

Diagnosis: _____

Planned Procedure: _____

Privileged Provider Signature

Print Name

Date

Time

Attending Signature

Print Name

Date

Time

IMMEDIATE PRE-PROCEDURE REASSESSMENT EXAMINATION

I have reviewed the above evaluation. I have re-evaluated the patient immediately prior to the procedure, and I have found:
 No significant interval change in his/her condition Significant change which I have documented in the Medical Record.

Name: _____

ID #: _____

Signature: _____

Date: _____

Time: _____

ELMHURST HOSPITAL CENTER
DIVISION OF CARDIOLOGY

POST-CATHETERIZATION NOTE

Procedure done: _____

Procedure: Manual compression of arterial/venous access site applied for 20 minutes

Vascular closure device deployed successfully/unsuccessfully

Angioseal _____ Other _____

Fem-stop applied for _____ minutes

Physical examination:		Present	Absent
Bleeding		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematoma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vital signs: BP = _____ HR = _____ RR = _____ Cardiac Rhythm = _____

Complication: _____

Comments: _____

Disposition: _____

Cardiology Fellow Signature _____ Print Name: _____ Date _____ Time _____

If STEMI, reason(s) for PCI delayed:

- Consent, e.g. patient wishes to speak with family/clergy prior to consent
- Consultation required prior to procedure, e.g. neurology assessment-re bleeding risk/CVA
- Additional procedure(s) required, e.g. CT, echocardiogram, pacemaker, IABP
- Management, e.g. requires intubation, tx for hemodynamic/electrical instability, stabilizing before transport to catheterization lab
- Alternate diagnosis on presentation, e.g. symptoms not consistent on presentation with STEMI
- Procedure related, e.g. access issues secondary to PVD, difficult anatomy, unable to cross lesion, anomalous coronaries, previous CABG
- Other: please explain

Comment (mandatory): _____

Attending Signature _____ Print Name _____ Date _____ Time _____