Facility:

Elmhurst Hospital Center



অধিক্রামক (ইনভেসিভ), রোগ-নির্ণয়, চিকিৎসা ও শল্যচিকিৎসা প্রক্রিয়ার জন্য অবহিত সম্মতি

(INFORMED CONSENT FOR INVASIVE, DIAGNOSTIC, MEDICAL & SURGICAL PROCEDURES)

Chart No.
Name
Unit

(Patient Imprint Card)

			FO	RM B-1
আমি এইমর্মে		অংশগ্রহণকারী চি	- কিৎসক বা অ	ানুমোদিড স্বাস্থ্যসেব
প্রদানকারীর নাম / Name of Attending Physician or Authorized Health Care Pr ভার দ্বারা নির্বাচিত ও তত্ত্বাবধানকৃত সহকারীঙ্গাকে নিচে উল্লিখিত চিকিৎসা, অপারেশন, বা "procedure") জনা অনুমতি প্রদান করছিঃ Cardiac Catheterization/Percutaneo pump, possible pacemaker. Possible Coronary Artery Bypass Surg	প্রক্রিয়ার (এর পর খে ous Coronary Inte	কে কলা ছবে "	शक्ति॥"/hereaf	fter called the
প্রক্রিয়াটি আমার কাছে ব্যাখ্যা করা হয়েছে এবং প্রক্রিয়াটি আমার কেন দরকার তার কারণগুলো আমা সেইসাখে, আমাকে বলা হয়েছে যে প্রক্রিয়াটি আমার প্রভাশিত ফল নাও দিতে পারে। এছাড়াও আমার হলে কী ঘটতে পারে সেই সম্পর্কে আমাকে জানানো হয়েছে। আমি বুঝতে পারছি যে এই প্রক্রিয়ার ঝুঁকি সম্পর্কে আমার কাছে যা ব্যাখ্যা করা হয়েছে ভার সাথে যে রয়েছে। আমি সচেতন আছি যে চিকিৎসাবিদ্যা ও শলাচিকিৎসার অনুশীলন কোনো নির্ভুল বিজ্ঞান নয়, হয়নি।	। অবস্থার জন্য অন্যান্য কোনো শল্য বা চিকিৎ এবং এই প্রক্রিয়ার ফলায	সম্ভাব্য চিকিৎসা স না প্রক্রিয়ার ক্ষেত্রে চল সম্পর্কে আমা	ম্পর্কে এবং কোরে ঘটতে পারে এম কে কোনো নিশ্চয়	নো চিকিৎসা করা না ন ঝুঁকিও যুক্ত ডো প্রদান করা
আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের সাধে আমার অবস্থা ও চিকিৎসা নিয়ে আলোচনা করার জন্য আমি য হয়েছে। আমি মনে করি একটি অবহিত সিদ্ধান্ত গ্রহণ করার জন্য আমার কাছে পর্যান্ত তথা রয়েছে এ ঘটে এবং বাড়তি অথবা আমার প্রত্যাশার চেয়ে ভিন্ন কোনো চিকিৎসা নেয়ার প্রয়োজন হয়, তাহলে আ আমি রক্ত ও অন্যান্য রক্তজাত পদার্থ গ্রহণে সন্মত আছি যেগুলো আমার গ্রহণ করা প্রক্রিয়ার সাথে নে এবং আমার সবগুলো প্রশ্নের সন্তোযজনক জবাব দেয়া হয়েছে। যদি আমি রক্ত প্রহণে অত্থীকার করি তাহলে আমি এই অংশটি কেটে দেব এবং এবালে আমার ত্বাক্তর	বং আমি এই প্রক্রিয়া গ্রহ মি প্রয়োজনীয় যে কোনো য়ো অপরিহার্য। ঝুঁকি, সুফ	ণে করতে সম্মত ও চিকিৎসা গ্রহণ ক দল ও বিকম্পসমূহ	মাছি। যদি অপ্রতা রতে সম্মত আছি : আমার কাছে ব্য	াশিত কোনো কিছু । গাখ্যা করা হয়েছে
এই প্রক্রিয়ার সময় অপসারিত কোষ-কলা এবং অঙ্গের অংশবিশেষ সংরক্ষণ, ব্যবহার বা যধাযধভাবে প		ষ্ঠানকে অনুমতি দি		আছি।
রোসীর স্বাক্ষর অধবা অপ্রাপ্তবয়ক্ষ রোসীর পিডামাতা/আইনসমূত অভিভাবকের স্বাক্ষর (Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient)	ভারিখ (Date)	একং (and)	সময় (Time)	সকাল (am) বিকাল (pm)
If the patient cannot consent for him/herself, the signature of either the health patient, or the patient's surrogate who is consenting to the treatment for the patient.	n care agent or leg ent, must be obtain		ho is acting o	
রোসীর স্বাক্ষর অধবা পিভামাতা/আইণসমত অভিভাবকের স্বাক্ষর (Signature of Health Care Agent/Legal Guardian) (Place a copy of the authorizing document in the medical record)	ভারিখ (Date)	এবং (and)	সময় (Time)	সকাল (am) বিকাল (pm)
		একং		সকাল (am)
প্রতিদিধির স্বাক্ষর এবং তার সাধে সম্পর্ক (Signature and Relation of Surrogate)	ভারিব (Date)	(and)	সময় (Time)	विकाम (pm)
সাকী (WITNESS):				
I, am a staff health care provider and I have witnessed the patient or other appropriate	member who is no person voluntarily	ot the patient's sign this form	physician or	: authorized
		এবং		_ সকাল (am)
সাক্ষীর স্বাক্ষর এবং পদবী (Signature and Title of Witness)	তারিখ (Date)	(and)	সময় (Time)	विकान (pm)
<u>দোভাষী/অনুবাদক (INTERPRETER/TRANSLATOR):</u> (To be signed by the inte	rpreter/translator i	f the patient re	equired such	assistance)
To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted/	translated and vol	untarily signed	this form.	
		এবং		ু সকাল (am)
দোভাষী/অনুবাদকের স্বাক্ষর (Signature of Interpreter/Translator)	ভারিব (Date)	(and)	সময় (Time)	विकाम (pm)

Facility:	Elmhurst	Hospital	Center



INFORMED CONSENT PROGRESS NOTE

(The Informed Consent Form HHC 100 B-1 on the reverse side must also be completed)

Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

explained the risks, benefits, side effects and alternatives of the _cardiac c	atheterization/prima	ry coronary a	ngioplasty	(Identify
Procedure) to the above-named patient for treatment of				
As I explained to the patient, the risks, benefits, side effects, alternatives, inte achieving health care goals (including potential problems with recuperation) i Risks and side effects of the proposed care: <u>Bleeding from access site,</u> va				
Risks and side effects of the proposed care. <u>Steeding from access site, re</u> kidney failure, stroke, serious arrhythmia, rarely death. I understand t	that a possible outco	me of angion	asty is the	need for
kidney failure, stroke, serious armyunnia, rai eiy deadi. Tunderstand	t available on site at	Elmhuret Hoe	nital Shou	ıld I regu
emergency cardiothoracic(bypass) surgery and that this service is no bypass surgery, I will be transferred to Mount Sinai Hospital for this se Benefits:	si vice.			
Definitive Diagnosis of Coronary Artery Disease/Ti	reatment of blocked	coronary arte	iry	
Alternatives (including their risks, side effects and benefits):				
Risks related to not receiving the procedure:				
Signature of Attending Physician or Authorized Health Care Provider*	Date	and	Time	am pm
Print Name and Identification Number				
IF SOMEONE IS MAKING HEALTH CARE DECISIONS FOR THE PATIEN THE PATIENT LACKS DECISIONAL CAPACITY.	T, THE ATTENDING P	PHYSICIAN MI	JST CERTIF	Y THAT
ATTENDING PHYSICIAN'S CE	RTIFICATION			
I have examined the above-named patient and it is my professional medical informed health care decisions. I understand that if this patient has appointe the patient's Health Care Proxy must be inserted in the medical record. It treatment for the patient, the surrogate has signed the consent form.	ed a health care agent	to make tnese	decisions, a	CODY OF
		and		am
Signature of the Attending Physician	Date	and	Time	pm
Print Name and Identification Number				

^{*} Authorized Health Care Provider is one who is credentialed and privileged by the medical staff to perform this diagnostic test, procedure or surgery that requires informed consent. See also HHC Consent Policy, Article III.

Facility: Elmhurst Hospital Center



অনুভূতিনাশক এবং/অথবা প্রশান্তিদায়ব ব্যথানাশকের জন্য অবহিত সম্মতি

(INFORMED CONSENT FOR ANESTHESIA AND/OR SEDATION ANALGESIA) Chart No. Name Unit

(Patient Imprint Card)

				FO	RM B-2
আমি এইমর্মে	(চিকিৎ	সক বা	অনুমোদিত স্বাস্থ্যসে	বা প্রদাদকার	ीद्र नाम / Nam
of Attending Physician or Authorized Health Care Provider) ভার ঘারা নির্বাচিত ও তন্ত্রাবধানকৃত সহকারীগশকে নিচে উল্লিবিতগুলো প্রয়োস করার				ভার সহযোগী	টিকিৎসক, এই
🔲 অনুভূতিনাশক / Anesthesia	🗵 প্রশান্তিদায়	ক ব্যখান	শিক / Sedatio।	n Analge:	sia
এই ধরনের অনুভূতিনাশক এবং/অধবা প্রশান্তিদায়ক বাধানাশক প্রয়োগের ঝুঁকি, সম্প্রোয়জনক জবাব দেয়া হয়েছে।	সুফল ও বিব	ন্পস মূহ	আমাকে জানানো	হয়েছে এ	বং আমার প্রশ্নে
					স্কাল (am)
রোদীর খাকর অবল অথাভব্যক রোদীর শিভাষাত/আইনদয়ত অভিতাবকের খাকর (Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient)		iिच ate)	(and)	সন্ধ (Time)	विकास (pm)
If the patient cannot consent for him/herself, the signature of either	r the health	care a	egent or legal g	juardian v	vho is acting
on behalf of the patient, or the patient's surrogate who is consenting	ng to the tre	eatmer	t for the patien	t, must be	obtained.
			यगर		সকাল (am)
রাসীর খাকর অথবা পিতামাতা/আইনসমত অভিতাবকের খাকর Signature of Health Care Agent/Legal Guardian) Place a copy of the authorizing document in the medical record)		ারিখ ate)	(and)	সময় (Time)	विकाल (pm)
			4 ₹		সকাল (am)
ধ্ৰতিনিধির যাক্ষর একং তার সাথে সম্পর্ক (Signature and Relation of Surrogate)	'	बिब ate)	(and)	সময় (Time)	বিকাল (pm)
বাকী (WITNESS):					
I, am a staf health care provider and I have witnessed the patient or other appropriate	f member w e person vol	ho is no untarily	ot the patient's p sign this form.	hysician or	authorized
			धवर		সকাল (am)
সাকীর খাক্ষর এবং পদকী (Signature and Title of Witness)	ভা (Da	तिब te)	(and)	সময় (Time)	- विकास (pm)
নোভারী/অনুবাদক (INTERPRETER/TRANSLATOR): (To be signed by the in	teroreter/trai	nslator	f the nationt requ	lired such	assistance)
To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted					assistance)
			<u> </u>		সকাল (am)
দোভাৰী/অনুৰাদকের স্বাক্তর (Signature of Interpreter/Translator)	ভা (Da		(and)	সময় (Time)	বিকাল (pm)

Facility: Elmhurst Hospital Center	nyc.gov/hhc
- Committy	Chart No.
INFORMED CONSENT PROGRESS NOTE	Name
(The Informed Consent Form HHC 100 B-2 on the reverse side must also be completed)	Unit (Patient Imprint Card)
I explained the risks, benefits, side effects and options of the pabove-named patient.	proposed anesthesia and/or sedation analgesia to the
As I explained to the patient, the risks, benefits, side effects, alt sedation analgesia (including potential problems with recuperation Risks and Side Effects:	ernatives and intended goals of the anesthesia and/or on) include but are not limited to:
Cardiac Arrest, Respiratory Arrest, Allergic Rea	ctions, Pneumonia due to Aspiration
Benefits: Reduced Pain and Anxiety, Easily Revers	sible.
Alternatives to Anesthesia and/or sedation analgesia (including to No Sedation.	he risks, side effects and benefits thereof):
I provided the above-named patient with the opportunity to ask of is my professional opinion that the patient understands what I have	questions. I have answered the questions asked and it were explained.
Signature of Attending Physician or Authorized Health Care Provide	ler ^a Date Time pm
Print Name and Identification Number	
IF SOMEONE IS MAKING HEALTH CARE DECISIONS FOR THE PATHE PATIENT LACKS DECISIONAL CAPACITY.	TIENT, THE ATTENDING PHYSICIAN MUST CERTIFY THAT
ATTENDING ANESTHESIOLOG	GIST'S CERTIFICATION
I have examined the above-named patient and it is my professional me informed health care decisions. I understand that if this patient has appetite patient's Health Care Proxy must be inserted in the medical reconstruction to the patient, the surrogate has signed the consent form.	pointed a health care agent to make these decisions, a copy of
	and am
Signature of the Attending Anesthesiologist	Date Time pm

Print Name and Identification Number

^{*} Authorized Health Care Provider is one who is credentialed and privileged by the medical staff to perform this diagnostic test, procedure or surgery that requires informed consent. See also HHC Consent Policy, Article III.

ELMHURST HOSPITAL CENTER 79-01 Broadway, Elmhurst NY 11373

PRE-PROCEDURE NOTE / HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION

resent History:				
ast Medical and Surgical History: _				
o morbidity:	□ DM □ Asthma	□ COPD Other		
ersonal/Social History: ☐ Smoking	g □ Alcohol □] Drugs Other _		
amily History ☐ Cancer ☐ Heart	Disease Other_			
Medications: See Medica	ation Reconciliatio	n Record		
Medications	□ Dye	□Shellfish □ Pre	evious Anaphylaxis	Other:
Review of Systems				
Physical Exam: Vital Signs: BP	HR	Resp	Febrile/Afebrile	9
HEENT:				
Neurological:				
_ung:				
Heart:				
Breast:				
Abdomen:				
GU/GYN:				
Rectal:				
Extremities:				
Lab results/date if applicable				
Diagnosis:				
Planned Procedure:				
	Print Name		 Date	Time
Privileged Provider Signature	Ellit Maine	,		
				Timo
Attending Signature	Print Name	;	Date	Time
IMMEDIATE PRE-PROCEDURE I have reviewed the above evaluation ☐ No significant interval change in h				edure, and I have found: red in the Medical Record.
Name:	ID #:	Signature:	Date:	Time:

ELMHURST HOSPITAL CENTER DIVISION OF CARDIOLOGY

POST-CATHETERIZATION NOTE

Procedure do	ne:				
Procedure:	☐ Manual compres			ite applied fo	r 20 minutes
	☐ Vascular closure				
				•	
	☐ Fem-stop applied	d for mir	utes		
Physical exam	Bleeding	Present	П		
Vital signs:	BP =	HR =	RR =		Cardina Bhuthan
					Cardiac Rhythm =
Comments:					
Cardiology Fello	w Signature	Print Name:		Date	Time
☐ Consent, e.g. ☐ Consultation r ☐ Additional pro ☐ Management, transport to ca ☐ Alternate diag ☐ Procedure rela anomalous cor ☐ Other: please	n(s) for PCI delayed patient wishes to specified prior to procedure(s) required, e.g. requires intubantheterization labnosis on presentationated, e.g. access issupplied to provious Cexplain	: Deak with famil Cedure, e.g. ne e.g. CT, echoc tion, tx for hen on, e.g. sympto ues secondary ABG	y/clergy prior to co eurology assessme ardiogram, pacen nodynamic/electric ms not consistent to PVD, difficult a	onsent ent-re bleedin naker, IABP cal instability, on presentat anatomy, una	stabilizing before
omment (manda	atory):				
			- Anna Carlotte Control Contro		
					nd Part Collaboration from an Association for the State Stat