

PAHINTULOT SA OPERASYON O IBA PANG INVASIVE NA PAMAMARAAN SA PAGGAMOT CONSENT FOR SURGERY OR OTHER INVASIVE PROCEDURAL TREATMENT (TAGALOG)

1. **PAMAMARAAN:** Ako, si _____ [Pangalan ng pasyente], ay pumapayag sa (mga) sumusunod na pamamaraan:

Day of Procedure

Verify patient consents to the documented procedure.

RN/Tech initials _____

Date _____

Time _____

_____ [Paglalarawan sa (mga) pamamaraan].
Ipinaliwanag sa akin ng aking praktisyoner (propesyonal na manggagamot) at nauunawaan ko kung ano ang magiging kasama sa aking pamamaraan kasama ang impormasyong maari akong makatanggap ng anesthesia o pampakalma, o pareho. Nauunawaan ko ang aking mga karapatan at responsibilidad sa pagpapasiya tungkol sa aking pangangalaga sa kalusugan. Maaaring nakatanggap ako ng karagdagang materyales na edukasyonal. Nagpasiya ako nang kusa at malaya.

- MGA PELIGRO:** Ipinaliwanag sa akin ng aking praktisyoner ang mga partikular na peligrong nauugnay sa pamamaraan ito. Kung mangyari ang mga peligrong ito, ang paggamot sa mga ito ay maaaring mangailangan ng mga karagdagang pamamaraan. Nauunawaan ko na kasama sa mga pangkaraniwang peligro sa anumang pamamaraan ang, ngunit hindi limitado sa: stroke, hindi paggana ng aparato, impeksiyon, pinsala sa nerbiyo (nerve), mga pamumuo ng dugo, atake sa puso, mga reaksiyon dahil sa allergy, paghina o pagtigil sa paggana ng respiratory system, paghina o pagtigil sa paggana ng bato, pagdurugo, at labis na pagkawala ng dugo. Ang mga peligrong ito ay maaaring maging seryoso at posibleng nakamamatay. Nauunawaan at malaya kong ipinagpapalagay ang mga peligrong ito. Ang mga peligro at ang mga hindi kanais-nais na epekto (side effects) na nauugnay sa anesthesia o pampakalma ay ipapaliwanag sa akin bago ako sumailalim sa aking pamamaraan. Maaaring hilingin sa aking lagdaan ang isang hiwalay na pahintulot hinggil sa anesthesia o pampakalma bago ang aking pamamaraan.
- MGA ALTERNATIBO:** Ipinaliwanag sa akin ng aking praktisyoner ang (mga) makatuwirang alternatibo sa pamamaraan ito. Ipinaliwanag niya ang mga peligro at pakinabang ng hindi pagsailalim sa pamamaraan. Pagkatapos malaman ang impormasyong ito, pinipili kong sumailalim sa (mga) pamamaraan inilalarawan sa form na ito.
- MGA PAKINABANG:** Ipinaliwanag sa akin ng aking praktisyoner ang mga posibleng pakinabang na nauugnay sa pamamaraan ito. Nauunawaan ko na walang katiyakan na makukuha ko ang mga pakinabang na ito. Walang ibinigay sa akin na (mga) paggarantiya hinggil sa kahihinatnan ng pamamaraan ito.
- PANGKAT SA PANGANGALAGA:** Pinahihintulutan ko ang aking praktisyoner, si _____ [Pangalan ng praktisyoner], na isagawa ang pamamaraan ito. Tinatanggap ko na tutulongan siya ng isang pangkat sa pangangalaga na maaaring kinabibilangan ng: mga provider ng anesthesia, nars, technician, espesyalista sa medikal na aparato, at pangkat sa pag-oopera. Maaaring kabilang sa pangkat na ito ang iba pang mga attending surgeon, residente, fellow, mag-aaral ng medisina o iba pang propesyonal na katuwang sa pangangalagang pangkalusugan. Pinapahintulutan ko ang mga nasabing associate o assistant na isagawa ang mga bahagi ng operasyon o pamamaraan sa ilalim ng paggabay ng manggagamot na tinukoy sa itaas.
- PRESENSYA SA OPERATING ROOM:** Ang aking praktisyoner o isa pang naaangkop na kwalipikadong provider na itinalaga ng aking praktisyoner ay nakaantabay para sa pangkalahatang panahon ng operasyon o invasive na pamamaraan kasama na ang mga pangunahin at kritikal na bahagi, at kapag nakumpleto na ang mga bahaging iyon ng operasyon o pamamaraan, maaari na siyang umalis sa operating room. Nauunawaan ko na kung aalis ang praktisyoner na nakalista sa itaas sa operating room kung saan ako inooperahan, siya o ang isa pang naaangkop na kwalipikadong provider ay magiging available sa lahat ng oras upang tumulong o pamahalaan ang aking pamamaraan kung kinakailangan.
- MGA TAGAMASID:** Maaaring pagyan ng aking praktisyoner ang mga tagamasid habang isinasagawa ang aking pamamaraan. Hindi sila bahagi ng pangkat sa pangangalaga at hindi makikilahok sa pagbibigay ng pangangalaga.
- PAGSASALIN NG DUGO:** Pinag-usapan ko at ng aking praktisyoner ang posibilidad ng pagsasalin ng dugo na nauugnay sa pamamaraan ito, tulad ng nakamarka sa ibaba at ang aking kagustuhan hinggil sa pagsasalin, kahit sa panahong ang pagsasalin ay maaaring magligtas ng buhay.
Praktisyoner: Mangyaring i-tsek ang naaangkop na pagpipilian sa ibaba. Ang pagpipilian dito ay HINDI ebidensya ng pahintulot o pagtanggap; ito ay nagbibigay ng direksiyon para sa nararapat na pagtatala ng mga desisyong iyon. Upang ipagpatuloy ang pagpapahintulot o pagtanggap sa pagsasalin, kumpletuhin ang naaangkop na nakahiwalay na dokumento.
 Hindi inaasahan na kailangan ang pagsasalin ng dugo sa pamamaraan na ito. Walang ginagawang pre-transfusion testing o pagsubok bago ang pagsasalin (Type at Screen). Walang mga karagdagang form na kailangan.
 Maaaring kailanganin ang pagsasalin ng dugo. Inaasahan ang pre-transfusion testing o pagsubok bago ang pagsasalin (Type and Screen). Upang maitala ang pagpapahintulot sa pagsasalin ng dugo, gamitin ang form #397073- *Informed Consent for Blood Transfusion (May Kaalamang Pahintulot para sa Pagsasalin ng Dugo)*.**
 HINDI pinahihintulutan ng pasyente ang pagsalin ng dugo, kahit sa panahong ang pagsasalin ay maaaring magligtas ng buhay. Upang maitala ang pagtanggap sa pagsasalin ng dugo, mangyaring sundin ang naaangkop na *Clinical Standard (Klinikal na Pamantayan): Bloodless Program (Programang Hindi Gumagamit ng Dugo): Adult (Programang para sa nasa Hustong Gulang) o Bloodless Program (Programang Hindi Gumagamit ng Dugo): Neonatal (Bagong Silang), Pediatric (Bata), and Adult Dependent (Dependiyente na nasa Hustong Gulang)*.**
- PATHOLOGY:** Tinatanggap ko na ang anumang mga ispesimen, gaya ng tisyu o himaymay, dugo, mga likido ng katawan, atbp. ay maaring suriin, itapon o itago upang magamit sa hinaharap na pag-aaral ukol sa medisina o pananaliksik. Ang anumang pananaliksik na may kaugnay na mga ispesimen ay susuriin ng isang naaangkop na lupon ng tagasuri. Nauunawaan ko na ang aking tisyu o himaymay o iba pang materyales na kinuha sa aking katawan ay hindi ibabalik sa akin. Ang mga kahilingan sa pagbubukod ay susuriin batay sa sitwasyon.
- PAG-REKORD NG VIDEO o PAGKUHA NG LARAWAN:** Nauunawaan ko na ang mga pag-record ng video o pagkuha ng larawan na ginawa bilang bahagi ng aking paggamot at/o diyagnosis ay maaaring maging kapaki-pakinabang para sa klinikal na pag-aaral o propesyonal na lathalain. Kung gagamitin sa ganitong paraan, nauunawaan ko na i-edit ang aking mga talaan upang hindi ako makilala (tinatawag na "inalis ang pagkakakilanlan"). Hindi gagamitin ang mga pag-record ng video o pagkuha ng larawan sa anumang iba pang dahilan nang wala ang aking pahintulot.

Day of Procedure

**Verify patient's signed documents are in the medical record.

RN/Tech initials _____

Date _____

Time _____

_____ (Mga inisyal ng pasyente) **HINDI** ko pinahihintulutan ang paggamit ng aking mga nakuhang video o larawan, kung saan inalis ang aking pagkakakilanlan, sa mga klinikal na pag-aaral o propesyonal na lathalain.

Ang anumang mga tanong ko hinggil sa pamamaraan ito ay nasagot ayon sa aking kasiyahan. Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, pinapatunayan ko ang aking pagpapahintulot sa pamamaraan ito.

Lagda (Pasyente o Legal na Kinatawan)

I-print ang Pangalan

PETSA

ORAS

Kaugnayan (Kung ibang tao maliban sa Pasyente)

PAHAYAG NG PRAKTISYONER:

Ipinaliwanag ko ang mga nilalaman ng dokumentong ito sa pasyente/legal na kinatawan at sinagot ko ang lahat ng tanong ng pasyente. Hanggang sa abot ng aking kaalaman, batid kong sapat na nabigyan ng kaalaman ang pasyente tungkol dito at ibinigay niya ang kanyang pahintulot.

Lagda ng Praktisyoner

I-print ang Pangalan

PETSA

ORAS

Oo – Gumamit ng tagasalin (interpreter) bilang bahagi ng prosesong ito.

Consent Update

Patient consent validation, if patient signature date is greater than 90 days prior to the procedure date.

Practitioner initials _____

Date _____

Time _____

PATIENT LABEL



SWEDISH

SEATTLE, WASHINGTON

Form 396230-TAGALOG Rev. 07/2018

PAHINTULOT SA OPERASYON O IBA PANG INVASIVE NA PAMAMARAAN SA PAGGAMOT