



## Consent to Procedure, Treatment, or Investigation

### Consentement à une procédure, un traitement ou une enquête

1. I freely and voluntarily agree that \_\_\_\_\_ or his/her Authorized Designate and  
*J'accepte librement et volontairement que \_\_\_\_\_ ou son agent autorisé et toute autre*

RESPONSIBLE PARTY/PARTIE RESPONSABLE

any person(s) he/she appoints to assist may perform the following Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s)  
*personne nommée par la partie responsable pour l'aider peuvent effectuer les procédures, traitements ou enquêtes suivants :*

\_\_\_\_\_

2. The purpose, nature, expected outcomes and potential complications of the proposed Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s) along with the alternative(s) (where appropriate) and the consequences of not doing the proposed Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s) have been discussed with me by:

*J'ai discuté de l'objectif, de la nature, des résultats prévus et des complications potentielles des procédures, des traitements ou des enquêtes proposés, ainsi que des solutions de rechange (le cas échéant) et des conséquences liées à la non-exécution des procédures, des traitements ou des enquêtes proposés, avec la personne suivante :*

PRINTED NAME OF RESPONSIBLE PARTY OR AUTHORIZED DESIGNATE/NOM EN LETTRES MOULÉES DE LA PARTIE RESPONSABLE OU DE SON AGENT AUTORISÉ

3. I consent to such further extended or alternative Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s) as may be found advisable in my interest during the course of the above Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s).  
*Je consens à la prolongation ou à la modification des procédures, des traitements ou des enquêtes proposés dans la mesure où cela est jugé utile dans mon intérêt au cours de l'exécution des procédures, des traitements ou des enquêtes indiqués ci-dessus.*
4. I acknowledge that no guarantee or assurance for a favorable outcome has been made to me.  
*Je reconnais que l'on ne m'a offert aucune garantie ou assurance d'un résultat favorable.*
5. I consent to the administration of anaesthetics and drugs that I may require.  
*Je consens à l'administration des agents anesthésiques et des médicaments dont je peux avoir besoin.*
6. I consent to the administration of any needed blood or blood products.  
*Je consens à l'administration de toute transfusion sanguine ou de tout produit sanguin nécessaire.*
7. I agree to the disposition by the facility of any substance, tissues, or parts that may be removed. Disposition may include retention for the purposes of research, evaluation, or teaching.  
*J'accepte que l'établissement de santé dispose de toute substance ou partie du corps ou de tout tissu qui peut être enlevé de mon organisme. La disposition peut inclure la conservation à des fins de recherche, d'évaluation ou d'enseignement.*
8. I consent to photographing or otherwise recording of the Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s) I undergo for the purposes of my medical treatment and health record.  
*Je consens à ce que l'on photographie ou enregistre autrement les procédures, traitements ou enquêtes que l'on effectue aux fins de mon traitement et mon dossier médical.*
9. In the event that a health care provider experiences a significant exposure to my body fluids, I consent to a sample of my blood being drawn and tested for transmissible infections (Hepatitis B, Hepatitis C, Human Immunodeficiency Virus), with the understanding that the results will be made known both to myself and to the exposed individual.  
*Si un fournisseur de soins de santé est exposé de manière importante à mes liquides organiques, je consens à ce que l'on prenne un échantillon de mon sang afin qu'il soit analysé pour détecter des infections transmissibles (hépatite B, hépatite C, virus de l'immunodéficience humaine). Je comprends que les résultats de l'analyse me seront communiqués, ainsi qu'à la personne exposée.*
10. I understand that WRHA facilities educate and train students from University, College, and Facility-based programs. Confidential information about my illness and its treatment may be shared with students. I may also be examined, tested, and treated by students under the direction of their supervisor.  
*Je comprends que les établissements de l'ORSW éduquent et forment des étudiants qui proviennent des universités, des collèges et des programmes des divers établissements. Des renseignements confidentiels sur ma maladie et son traitement peuvent être transmis à ces étudiants. Je peux aussi faire l'objet d'examen, d'analyses et de traitements administrés par des étudiants sous la direction de leur superviseur.*



# Consent to Procedure, Treatment, or Investigation

## Consentement à une procédure, un traitement ou une enquête

I certify that I have read and fully understand the above consent to Procedure, Treatment, or Investigation and that the explanations therein referred to were made to me, and the form was completed prior to the Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s) being performed.  
*Je certifie que j'ai lu et que je comprends entièrement le présent formulaire de consentement aux procédures, traitements ou enquêtes proposés. Je comprends que les explications précisées dans les présentes m'ont été communiquées et que le présent formulaire a été rempli avant l'exécution des procédures, traitements ou enquêtes proposés.*

Signed at \_\_\_\_\_ hours, this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ Year  
*Fait à \_\_\_\_\_ heures, le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ de l'année .*

PRINTED NAME OF PATIENT/RESIDENT/CLIENT/  
*NOM EN LETTRES MOULÉES DU PATIENT, RÉSIDANT OU CLIENT*

SIGNATURE OF SUBSTITUTE DECISION-MAKER (IF APPLICABLE)/  
*SIGNATURE DU DÉCIDEUR SUBSTITUT (S'IL Y A LIEU)*

SIGNATURE OF PATIENT/RESIDENT/CLIENT/  
*SIGNATURE DU PATIENT, RÉSIDANT OU CLIENT*

REASON FOR SUBSTITUTE DECISION-MAKER SIGNATURE/  
*RAISON POUR LA SIGNATURE DU DÉCIDEUR SUBSTITUT*

PRINTED NAME OF WITNESS/*NOM EN LETTRES MOULÉES DU TÉMOIN*

RELATIONSHIP TO PATIENT/RESIDENT/CLIENT/  
*LIEN AVEC LE PATIENT, RÉSIDANT OU CLIENT*

SIGNATURE OF WITNESS/*SIGNATURE DU TÉMOIN*

AGENCY (IF APPLICABLE)/*ORGANISME (S'IL Y A LIEU)*

I/we have discussed the purpose, nature, expected outcomes and potential complications of the proposed Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s) along with the alternatives (where appropriate) and consequences of not doing the proposed Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s) with the Patient/Resident/Client or Substitute Decision-Maker.  
*J'ai/Nous avons discuté de l'objectif, de la nature, des résultats prévus et des complications potentielles des procédures, des traitements ou des enquêtes proposés, ainsi que des solutions de rechange (le cas échéant) et des conséquences liées à la non-exécution des procédures, des traitements ou des enquêtes proposés, avec le patient, résidant ou client, ou avec le décideur substitut.*

SIGNATURE OF AUTHORIZED DESIGNATE/  
*SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE*

PRINTED NAME OF AUTHORIZED DESIGNATE/  
*NOM EN LETTRES MOULÉES DE LA PERSONNE AUTORISÉE*

DATE/DATE

SIGNATURE OF RESPONSIBLE PHYSICIAN/  
*SIGNATURE DU MÉDECIN RESPONSABLE*

PRINTED NAME OF RESPONSIBLE PHYSICIAN/  
*NOM EN LETTRES MOULÉES DU MÉDECIN RESPONSABLE*

DATE/DATE

### TELEPHONE CONSENT/CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE

I have heard the information and explanation given by the Responsible Party or Authorized Designate to:  
*J'ai entendu les renseignements et les explications fournies par la partie responsable ou de la personne autorisée à :*

Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_  
*Nom : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_*

Relationship to Patient/Resident/Client:  
*Liens avec le patient, résidant ou client : \_\_\_\_\_*

Reason for Telephone Consent:  
*Raison pour le consentement téléphonique : \_\_\_\_\_*

and he/she has agreed to the performance of the Procedure(s), Treatment(s), or Investigation(s) as indicated.  
*et cette personne a accepté l'exécution des procédures, traitements ou enquêtes indiqués.*

#### Two witnesses are required/Deux témoins sont exigés

Witness # 1  
*1er témoin :* \_\_\_\_\_  
PRINTED NAME/*NOM EN LETTRES MOULÉES* \_\_\_\_\_ SIGNATURE/*SIGNATURE* \_\_\_\_\_ DATE & TIME/*DATE ET HEURE* \_\_\_\_\_

Witness # 2  
*2e témoin :* \_\_\_\_\_  
PRINTED NAME/*NOM EN LETTRES MOULÉES* \_\_\_\_\_ SIGNATURE/*SIGNATURE* \_\_\_\_\_ DATE & TIME/*DATE ET HEURE* \_\_\_\_\_

### INTERPRETER'S DECLARATION (if applicable)

To the best of my knowledge, I have interpreted the conversation between \_\_\_\_\_  
and \_\_\_\_\_ accurately.  
PATIENT/RESIDENT/CLIENT OR SUBSTITUTE DECISION-MAKER PRINTED NAME OF RESPONSIBLE PARTY OR AUTHORIZED DESIGNATE

SIGNATURE OF INTERPRETER \_\_\_\_\_ PRINTED NAME \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

### EMERGENCY - DANGER TO LIFE, LIMB, VITAL ORGANS

For these reasons:

I believe the Patient/Resident/Client is incapable of consenting to the Procedure(s), Treatment(s), or Investigation(s) noted on the front of this consent form and that the delay in obtaining consent from a Substitute Decision-Maker would endanger the patient's life, limb or vital organ.

SIGNATURE OF RESPONSIBLE PARTY OR AUTHORIZED DESIGNATE \_\_\_\_\_ PRINTED NAME \_\_\_\_\_ DATE & TIME \_\_\_\_\_