<form>1 I find and outpained in the second production is not production in the following in the second production is not and a databased of social and a databased of databased</form>	Tre Col	Werdpaginging Differ righeruldes sand ad Windpag Convolution Addition Articular difference state nsent to Procedure, atment, or Investigation nsentement à une procédure, traitement ou une enquête	CLIENT HEALTH RECORD # CLIENT SURNAME GIVEN NAME General consent form A DATE OF BIRTH GENDER MFRN# PHIN#	Manitoba Best Practice Resource Manual Appendix 1
<form>Network the specific heaping the specific heaping below the file of the proceedings, traitements or unquites subsets is the proceeding of the proceeding of the proceeding of the proceedings, traitements or unquites subsets is the proceeding of the proceeding o</form>	1.			
<ul> <li>1. The purpose, nature, expected outcomes and potential complications of the proposed Procedure(s). Treatment(s), investigation(s) arou with the alternative(s) (where appropriate) and the consequences of not doing the proposed Procedure(s). Treatment(s), investigation(s) and use of advected with me by:</li> <li>1. The doad of all big off, the in nature, do is shuld as prives been documed with me by:</li> <li>1. The doad of all big off, the in nature, do is shuld as prives been documed with me by:</li> <li>1. The doad of all big off, the in nature, do is shuld as prives been documed with me by:</li> <li>1. Consent to such further extended or alternative Procedure(s). Treatment(s), investigation(s) as may be found advisable in more and a sign private base of the above Procedure(s). Treatment(s), investigation(s).</li> <li>1. Lackneet does that the shuld as a difference of a forcebace of a docume to a difference of a forcebace of a docume to all more difference or assurance of an result active and assard private base of advectories of a forcebace of a docume to all more made to me.</li> <li>1. Lackneet does part to any solution of any substance. Success of a the shuft societ and societ and private in the same does agret as materiate are assurance for a forcebace of a societ and constant does and the associat and the same doe assect an assective or a forcebace of a forcebace of a forcebace of a societ association of any societance.</li> <li>1. Lackneet to the administration of any substance. The admentication of a societan association of a societan association of a sociation.</li> <li>1. Consent to the documentariate and societan association as a documentary of the societan association and the same domes as a documentary of the the advectories. The advectories is the force association and the same down association association as a documentary of the sociation association as a documentary of the the advectories and the advectori</li></ul>		any person(s) he/she appoints to assist may perform the	e following Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s)	
<ul> <li>Investigation(s) along with the alternative(s) (where appropriate) and the consequences of not doing the proposed Proceeding(s). Treatments, dis raturbs provide at des complications potentiales des procedures, des tratements or des emplites proposed, avec la personne suivante :</li> <li>Interto wat de Reposedant wat of estimate and a sequence (se cas checkes) of estimate and estimate</li></ul>		The name of the surgical	/diagnostic procedure here	
<ol> <li>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).</li> <li>Je consent à la profongation ou à la modification des procedures, des traitements ou des enquêtes indiqués ci-dessus.</li> <li>I canchowledge that no guarantee or assurance for a favorable outcome has been made to me.</li> <li>Je consent to the administration of an aesthetics and drugs that I may requie.</li> <li>Je consent à l'administration des agents anesthetiques et des médicaments dont je peux avoir besolt.</li> <li>I consent to the administration of any aesthetics on drugs that I may requie.</li> <li>Je consent à l'administration de loute transfusion sanguine ou de tout produit sanguin nécessaire.</li> <li>I agrees 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 texactoring.</li> <li>Je consent to photographing or otherwise recording of the Procedure(s). Treatment(s), Investigation(s) I undergo for the purposes of meant, evaluation, or texactoring.</li> <li>Je consent to photographing or otherwise recording of the Procedure(s). Treatment(s), Investigation(s).</li> <li>Je consent to photographing or otherwise recording of the Procedure(s). Treatment(s), Investigation(s). I consent to a sample of my tobot de safe so advison ou densities of the advison ad</li></ol>	2.	Investigation(s) along with the alternative(s) (where app Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s) have been J'ai discuté de l'objectif, de la nature, des résultats prév ou des enquêtes proposés, ainsi que des solutions de r exécution des procédures, des traitements ou des enqu	ropriate) and the consequences of not doing the proposed discussed with me by: rus et des complications potentielles des procédures, des traitements rechange (le cas échéant) et des conséquences liées à la non- iétes proposés, avec la personne suivante :	
<ul> <li>4. Lacknowledge flat no guarantee or assurance for a favorable outcome has been made to me. <i>Je reconnais que l'on ne m'a offet aucune</i> grantie ou assurance d'un résultat favorable.</li> <li>5. Loonsent to the administration of anaesthetics and drugs that I may require. <i>Je consents à l'administration des agents anesthétiques et des médicaments dont je peux avoir beson.</i></li> <li>6. Consent to the administration de loute transfusion sanguine ou de tout produit sanguin necessaire. <i>Jaccepte que l'établissement de sand dispose de bute substance ou partie du corps ou de tout fissu qui peut être entow de mon ongaisme. La disposition put inclure le conservation à des fins de recherche, d'évaluation ou far beurposes of researche, evaluation, or teaching. <i>Jaccepte que l'établissement de sand dispose de bute substance ou partie du corps ou de tout fissu qui peut être entow de mon ongaisme. La disposition put inclure le conservation à des fins de recherche, d'évaluation ou faresignement.</i></i></li> <li>8. In the evert that a health care powder experiences a significant exposure to my body fluids, Iconsent to a sample of my thood transmissible infectors (Hepatitis B, Hepatitis C, Human Immundeficiency Virus), with the understanding that the results will be made known both to myseli and to the exposed individuut. <i>Sun fournisseur de sonis de santé est expose de manière miportante à mais liquides cransmiques, je consens à oe que fon prince de non sang alle est expose de manière miportance i maissue, je consens de l'inmundeficience humane). Je comprends que les résultats de l'analyse me seront communiqués, ainsi qu'à la consent de l'information about my ilness and is treatment may be stared with students. I may also be examined, tested, sor statements de l'ORSW diquent et former de stude attreatment as de students to l'ACSW diquent al formation about my ilness and is treatment may be stared with students. I may also be examined, tested, sor statements de l'ORSW diquent ale foreatment sconfidenties pur menalade el s</i></li></ul>	3.	I consent to such further extended or alternative Proced interest during the course of the above Procedure(s), Ti Je consens à la prolongation ou à la modification des pro	dure(s), Treatment(s), Investigation(s) as may be found advisable in my reatment(s), Investigation(s). océdures, des traitements ou des enquêtes proposés dans la mesure où	
<ul> <li>Je consent à l'administration des agents anesthésiqués et des médicaments dont je peux avoir besoin.</li> <li>1: consent to the administration of any needed blood or blood products. Le consents à l'administration de toute transfusion sanguine ou de tout produit sanguin nécessaire.</li> <li>1: lagree to the disposition by the facility of any substance, tissues, or parts that may be removed. Disposition may include neumon organisme. La disposition peut inclure la conservation à des fins de recherche, d'avaluation ou d'enseignement.</li> <li>2: 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 consents à ce que l'on photographie ou enregistre autement les procédures, traitements ou enquêtes que l'on effectue aux fins de mon traitement et ann dossit médical.</li> <li>3: In fournisseur de soin de santé est excessé de manifer importante à mois liquides organiques, je consens à ce que l'on privace soit medical treatment and health record. Je consent a de soins de santé est excessé de manifer importante à me siguides organiques, je consens à ce que l'on privace tanding that the results will be made known both to myself and to the exposed individual.</li> <li>3: In fournisseur de soins de santé est excessé de manifer importante à me siguides organiques, je consens à ce que l'on privace de l'immunodéficience humaine). Je comprends que les résultats de l'analyse me seront communiqués, ainsi qu'à la personne exposée.</li> <li>10: I understant that WRHA facilies educate and train students from University. Cellege, and Facility-based programs. Confidential information about my illessa end its treatment mys be shared with students. I may also be examined, tested, and teutants sur de les établissements. de romseignements confidencies provientent des universités, des durants est de decorden deur supervisor.</li> <li>3: Lo formet the direction of their supervisor. Je comprends que les</li></ul>	4.	lacknowledge that no guarantee or assurance for a fav		
<ul> <li>Inconsents à l'administration de toute transfusion sanguine ou de tout produit sanguin nécessaire</li> <li>1. lagree to the disposition by the facility of any substance, tissues, or parts that may be removed. Disposition may include indentifies of the purposes of research, evaluation, or teaching.</li> <li>Jaccopte que l'établissement de sons de buies substance ou partie du corps ou de buit fissu qui peut être enlevé de domo organisme. La disposition peut inclure la conservation à des fins de recherche, d'évaluation ou d'enseignement.</li> <li>a. I consent to photographing or othenvise recording of the Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s) I undergo for the purposes of my medical treatment and health record.</li> <li>be consens à ce que fon photographic ou encycles autement les procédures, traitements ou enquêtes que l'on effectue aux fins de mon dossier médical.</li> <li>a. In the event that a health care provider experiences a significant exposure to my body fluids, I consent to a sample of my buido 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 myseif and to the exposed individual.</li> <li>S. Un fournisseur de soins de santé est exposé de manière importante à mes liquides organiques, aisoi qu'à la personne exposée.</li> <li>1. Understand that WRHA facilities educate and train students from University, College, and Facility-based programs. Les destands au les se étudiants de l'analyses me seront communiqués, ainsi qu'à la comprende que is établissements de lorges supervisor.</li> <li>be comprends que les établissements de l'ORSW éduquent et forment des édudants qui proviennent des universités, des colleges et des programmes des études tas enseis faments confidentiels sur ma malade et son traitement s dense faustents de l'analyses et de traitements administriés par des des distandents provider expensiones enseignements confidentiels et sons tal advectore des études</li></ul>	5.			
<ol> <li>I agree to the disposition by the facility of any substance, tissues, or parts that may be removed. Disposition may include relention for the purposes of research, evaluation, or teaching. Jaccepte que l'établissement de santé disposition peut inclure la conservation à des fins de recherche, d'évaluation ou d'enseignement.</li> <li>I consent to photographing or othenvise 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 enquétes que l'on effectue aux fins de mon traitement et mon dossier médical.</li> <li>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 frawm and tested for transmissible infections (Hepatitis B, Hepatitis C, Human Immunodéficiency Virus), with the understanding that the results will be made known both to myself and to the exposed individual. S un fournisseur de soins de santé est exposé de manière importante à mes liquides organes, je consens à ce que l'on prene un échantilion de mon sang afin qu'il soit analysé pour détector 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.</li> <li>I understand that WRHA facilités 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 tested by students under the direction of their supervisor. Des renseignements confidentiels sur ma maladie et son traitement administrés par des dudants. Je peux aussi faire l'ORSW éduquent te forment des étudiants qui provienment des universités, des detraits sous la directories de leur supervisor.</li> <li>I understand that WRHA facilities educates. Des</li></ol>	0.			
relation for the purposes of research, evaluation, or teaching. Jaccepte que l'établissement de santé dispose de toute substance ou partie du cons ou de tout fissu qui pout être enlevé de mon organisme. La disposition peut inclure la conservation à des fins de recherche, d'évaluation ou d'enseignement. 8. Lonsent to photographing or othenvise recording of the Procedure(s), Treatment(s), Investigation(s) I undergo for the purposes of my medical treatment and health record. Je consents 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 (Hepatilis B, Hepatilis C, Human Immunodeficiency Virus), with the understanding that the results will be made known both to myself and to the exposed individual. S un fournisseur de soins de santé est exposé de manière importante à mes liquides organiques, je consens à ce que l'on prenne un échantilion de mon sang afin qu'il soit analysé pour détecter des infactions 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. Lunderstand that WRHA faciliées educate and train students from University, College, and Facility-based programs. Confidential information about my ilhess 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. Des renseignements confidentiels sur ma maladie et son traitement educants sous la directuide leur supervisor. Je comprends us le directuide et l'ORSW éduquent et forment des étudiants qui proviennent des universités, des collèges et des programmes des divers établissements. Des renseignements confidentie	7.			
<ul> <li>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.</li> <li>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 échantilion 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.</li> <li>10. I understand that WRHA facilités educate and train students from University, College, and Facility-based programs. Confidential information about my ilness 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. Des renseignements confidentiels sur ma maladie et son traitement peuvent être transmis à ces étudiants. Le peux aussi faire l'objet d'examens, d'analyses et de traitements administrés par des étudiants sous la direction de leur superviseur.</li> </ul>		J'accepte que l'établissement de santé dispose de toute	e substance ou partie du corps ou de tout tissu qui peut être enlevé de	
<ul> <li>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 échantilion de mon sang afin qu'il soit analysé pour détecter des infections transmissibles (hépatite B, 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.</li> <li>10. I understand that WRHA facilitées educate and train students from University, College, and Facility-based programs. Confidential information about my ilness 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. Des renseignements confidentiels sur ma maladie et son traitement peuvent être transmis à ces étudiants. Je peux aussi faire l'objet d'examens, d'analyses et de traitement administrés par des étudiants sous la direction de leur superviseur.</li> </ul>	8.	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		
<ul> <li>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.</li> <li>10. L'understand that WRHA facilités 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 malade et son traitement peuvent être transmis à ces étudiants. Je peux aussi faire l'objet d'examens, d'analyses et de traitements administrés par des étudiants sous la direction de leur supervisur.</li> </ul>	9.	blood being drawn and tested for transmissible infection	ns (Hepatitis B, Hepatitis C, Human Immunodeficiency Virus), with the	
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'examens, d'analyses et de traitements administrés par des étudiants sous la direction de leur superviseur.		prenne un échantillon de mon sang afin qu'il soit analys virus de l'immunodéficience humaine). Je comprends q	sé pour détecter des infections transmissibles (hépatite B, hépatite C,	
FORM #WCC-00094 Observe to Procedure. Treatment or Investigation	10.	Confidential information about my illness and its treatme treated by students under the direction of their supervis Je comprends que les établissements de l'ORSW éduq collèges et des programmes des divers établissements, peuvent être transmis à ces étudiants. Je peux aussi fa	April 2019	
	FORM	#WCC-00094 Consent to Proce	idum, Treatment, or Investigation	