ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

1. Datele pacientului	Numele şi prenumele: [redacted]
	Domiciliul/reşedinţa: Bud [redacted]
	Legitimat B.I/C.I., seria AX nr. [redacted]
	CNP [redacted]
2. Reprezentantul legal al pacientului*)	Numele şi prenumele:
	Domiciliul/reşedinţa:
	Legitimat B.I/C.I., seria ..... nr. ....., CNP .....
	Calitatea ..... actul doveditor .....

*) Se utilizează în cazul minorilor şi majorilor fără discernământ conform deciziei comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică (pentru art. 8, alin. (3) - (5) din normele metodologice.

În cazul pacientului minor, acordul scris se va obţine de la părinte ori de la reprezentantul legal sau, în lipsa acestora, de la ruda cea mai apropiată. Prin **ruda cea mai apropiată** în sensul prezentului aliniat se înţelege rudele majore care însoţesc pacientul minor, până la al patrulea grad inclusiv.
În cazul pacientului major cu care medicul, asistentul medical/moaşa nu poate comunica în mod eficient, din pricina condiţiei medicale a pacientului la momentul la care este necesară exprimarea consimţământului, acordul scris se poate obţine de la soţul/soţia sau ruda majoră cea mai apropiată a pacientului. Prin **ruda cea mai apropiată** se înţelege, în ordine, părinţele, descendentul, rudele în linie colaterală până la al patrulea grad inclusiv.

Declar că am fost informat de către dr. [redacted] **despre:**

Actul medical (descriere)		
Date despre starea de sănătate	Da	Nu
Diagnostic	Da	Nu
Natura şi scopul actului medical propus	Da	Nu
Planul de tratament şi obiectivele acestuia	Da	Nu
Rata vindecării/prognosticul bolii	Da	Nu
Interacţiunile tratamentului recomandat de spital cu alte medicamente sau activităţi uzuale (condus autoturism, etc.)	Da	Nu
Condiţiile şi riscurile de recidivă sau acutizare a bolii	Da	Nu
Beneficiile şi consecinţele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:	Da	Nu
Riscurile potenţiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:	Da	Nu
Alternative viabile de tratament şi riscurile acestora; insistându-se asupra următoarelor:	Da	Nu
Riscurile neefectuării tratamentului	Da	Nu
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale	Da	Nu
Posibilitatea de a solicita a doua opinie medicală	Da	Nu

Date aparţinători Nume şi prenumie [redacted] Livia

Calitate *soţ/soţie/fiu/fiică/nepot/părinte/alta* cumnata Număr telefon 0749 [redacted]

Date contact medic de familie *(nume, prenume/adresa/telefon)* .....

85

Informații despre serviciile medicale disponibile	Da	Nu
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului medical implicat în planul terapeutic	Da	Nu
Doresc să fiu informat în continuare despre starea mea de sănătate	Da	Nu
Îmi exprim decizia, în conf. cu art. 7, Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare, să nu fiu informat în cazul în care informațiile prezentate mi-ar cauza suferință. Semnătura pacientului/reprezentantului legal ....., Data		
Îmi exprim opțiunea, în conf. prevederile Art. 9 din Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, de a permite accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei [redacted] Livia, în calitate de ..... Semnătura pacientului/reprezentantului legal Claudia, Data 23.03.23.		
Nu sunt de acord să permit accesul altei persoane la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate. Semnătura pacientului/reprezentantului legal ....., Data		
Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/ doamnei ..... Semnătura pacientului/reprezentantului legal ....., Data		

Totodată declar că mi-au fost explicate pe înțelesul meu, natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării/neefectuării acestui tratament, precum și a celorlalte operațiuni terapeutice.

Mi s-au prezentat riscurile asociate asistenței medicale precum: riscul infecțios, cardiac, vascular, (volemic) precum și riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricât de mic de deces), consecințele pe care le presupune tratamentul, cât și riscurile pe care le impun investigațiile speciale ce fac parte din operația/tratamentul pe care urmează să îl efectuez.

Declar că sunt conștient de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul tratamentului este spre binele meu.

Ca urmare, înțeleg necesitatea acestui tratament pe care doresc să îl efectuez și recunosc că nu mi se poate da o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final.

În cazul în care în timpul intervenției terapeutice apar situații și condiții neprevăzute, care impun proceduri suplimentare față de cele descrise mai sus ca fiind acceptate de către mine (inclusiv TRANSFUZIA), accept ca medicul desemnat să acționeze în baza pregătirii sale profesionale în consecință doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale și numai în interesul meu personal și înspre binele meu. De la acest accept fac excepție: _____

În consecință și în condițiile precizate, îmi dau liber și în cunoștință de cauză, consimțământul la:

Recoltarea de probe pentru investigații de laborator	Da	Nu
Recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice	Da	Nu
Efectuarea de alte investigații neinvazive.		
1. Ecografie	1. Da	Nu
2. Electrocardiografie	2. Da	Nu
3. Monitorizare EKG (HOLTER)	3. Da	Nu
4. Monitorizare TA (MAPA)	4. Da	Nu
5.	5. Da	Nu
6.	6. Da	Nu
7.	7. Da	Nu
Efectuarea de investigații radiologice:		
1. Radiografie	1. Da	Nu
2. Altele	2. Da	Nu
	3. Da	Nu
	4. Da	Nu
Efectuarea tratamentului medicamentos:		
1. Parenteral - injecții intramusculare	1. Da	Nu
2. Parenteral - perfuzii	2. Da	Nu
3. Per os (administrare bucală)	3. Da	Nu
4. Altele	4. Da	Nu

86

Efectuarea de **proceduri de investigare sau terapeutice invazive:**

1.	..... Data	1.	Da	Nu
2.	..... Data	2.	Da	Nu
3.	..... Data	3.	Da	Nu
4.	..... Data	4.	Da	Nu
5.	..... Data	5.	Da	Nu

Efectuarea de **proceduri terapeutice non introduse:** Da Nu

.....

Operaţia chirurgicală: Da Nu
recomandată: .....

.....

.....

Certific că am citit, am înţeles şi accept pe deplin cele de mai sus şi ca urmare le semnez.

Materialul biologic recoltat (sânge, ţesuturi sau organe) în scop diagnostic poate fi examinat şi în scopuri de cercetare ştiinţifică, instrucţie, poate fi fotografiat şi publicat, fără o altă autorizaţie expresă din partea mea, păstrându-se confidenţialitatea.

Am fost informat că procesul de asistenţă medicală este dublat de procesul educaţional şi consimt ca, în limitele impuse de decenţă şi bunul simţ, să particip la procesul educaţional, inclusiv în ceea ce priveşte vizite şi mici manevre efectuate de personalul aflat în pregătire, atâta timp cât acesta nu afectează calitatea îngrijirilor medicale. Am fost informat că pot refuza acest lucru de principiu sau în momentele pe care le aleg eu, fără a fi obligat să dau alte explicaţii şi fără a fi afectate drepturile mele de pacient.

Am luat la cunoştinţă şi sunt de acord să respect pe timpul spitalizării **REGULILE ŞI OBLIGAŢIILE DIN SPITAL**, informaţii ce mi-au fost puse la dispoziţie la internare de către unitatea sanitară printr-un formular tipizat şi afişare la avizierul secţiei/compartimentului şi salon.

Data 23.05.23 **Semnătură pacient/ă/reprezentant legal** [redacted]

RUBRICĂ DOAR PENTRU PACIENTELE COMPARTIMENTULUI NOU-NĂSCUŢI/OBSTETRICĂ

Am fost informată şi sunt de acord cu sistemul rooming-in (mama şi nou-născutul împreună).
Am fost informată şi încurajată de personalul medical din spital despre beneficiile alăptării la sân.

DA **NU** **Semnătură pacientă** _____

conform cu originalul

[redacted]

87