ECLI:RO:TBARD:2026:012.000096
ROMÂNIA
TRIBUNALUL ARAD Operator
SECȚIA I CIVILĂ
DOSAR NR.

SENTINȚA CIVILĂ NR. 96
Ședința publică din data de 27.03.2026
Președinte: A R
Grefier: P S

S-a luat în examinare cererea formulată de reclamantul O A I în contradictoriu cu pârâții D V și G M C SRL, cu chematele în garanție G R A R SA și O V I G S.A, având ca obiect pretenții.

Dezbaterea pe fond a cauzei a avut loc la data de 13.02.2026, mersul dezbaterilor fiind consemnat în încheierea de ședință de la acea dată, ce face parte din prezenta, când s-a amânat pronunțarea pentru data de 25.02.2026, apoi pentru data de 12.03.2026, iar mai apoi pentru astăzi.

T R I B U N A L U L

Deliberând asupra cererii de chemare în judecată înregistrată pe rolul Tribunalului Arad la data de 26.03.2024, constată că reclamantul O A I a solicitat obligarea pârâților, în solidar, la plata următoarelor sume de bani:

- 238.574 euro, reprezentând compensarea prin echivalent bănesc a prejudiciului nepatrimonial (moral) cauzat acestuia de către pârâtul D V , în data de 20.04.2021, în exercitarea profesiunii de medic, în cadrul Spitalul M G Arad, sumă actualizată cu dobânda legală penalizatoare de la data de 20.04.2021 și până la plata efectivă a acestei sume, cu actualizarea debitelor principale și deopotrivă a dobânzii legale cu rata inflației de la data de 20.04.2021 și până la plata efectivă a respectivei sume;
- 33.940 lei și 17.670.44 lire sterline cu titlu de daune materiale, reprezentând costuri cu investigații medicale, tratamente, abonamente sala de fitness, medicamentație, aparatură medicală/adaptare, alimentație suplimentare etc. - necesar a fi efectuate în urma apariției complicațiilor postoperatorii, sume actualizate cu dobânda legală penalizatoare de la data de 20.04.2021 și până la plata efectivă a acestor sume, cu actualizarea debitelor principale și deopotrivă a dobânzii legale cu rata inflației de la data de 20.04.2021 și până la plata efectivă a respectivelor sume de bani;
- 2.475 lire sterline (prestație bănească periodică lunară), cu titlu de despăgubire pentru pierderea câștigului din muncă și 895 lire sterline (prestație bănească periodică lunară), reprezentând cheltuieli ocazionate de sporirea nevoilor de viață (fizioterapie, abonament sală fitness, suplimente alimentare), ca urmare a pierderii capacității de muncă.

În motivare, a învederat că prima sa problemă de sănătate s-a ivit în jurul vârstei de 11 ani, când a devenit supraponderal; în perioada adolescenței a reușit să își mențină greutatea în mare parte sub control, și a devenit sportiv de performanță. La scurt timp după ce a împlinit vârsta de 18 ani și-a stabilit reședința în Anglia unde a început să muncească; a început din nou să ia în greutate, iar la vârsta de 22 de ani a ajuns la greutatea de 155 kg, la o înălțime de 183 cm; a încercat nenumărate diete pentru a-și ține sub control greutatea, însă din nefericire fără rezultate notabile. Astfel, a decis să apeleze la serviciile unui medic specializat în chirurgie bariatrică, iar în 2008 a venit în România pentru montarea unui inel gastric, cu scopul de a-l ajuta să slăbească, însă această intervenție chirurgicală pe care a efectuat-o într-un spital din Timișoara nu l-a ajutat precum a sperat, iar în următorii ani a avut probleme cu acest dispozitiv, întrucât se înneca în mod frecvent când mânca. Inițial a crezut că problema cu înecul a survenit din cauză că mânca prea repede, însă

ulterior s-a dovedit că inelul gastric nu a fost montat în mod corect. Drept urmare, în anul 2012 i-a fost suprimat inelul gastric la Spitalul R M din Brașov, întrucât stomacul său a suferit unele modificări anatomice după ce timp de aproximativ patru ani a avut montat inelul gastric, în perioada următoare nu a putut fi supus la alte intervenții bariatrice. Întrucât a început din nou să se îngrașe, dietele neavând niciun efect, a decis să apeleze din nou la o intervenție bariatrică, de această dată un gastric sleeve. Astfel, în anul 2016 medicul chirurg D V i-a efectuat această intervenție, iar în perioada următoare a reușit să slăbească aproximativ 20-25 de kg, însă pentru scurt timp, întrucât iar a luat în greutate și a ajuns să cântărească 145 kg.

Pe fondul revenirii la obezitate morbidă, a decis să realizeze o nouă intervenție bariatrică, la sugestia medicului care l-a operat în 2016, pârâtul D V , care i-a relatat telefonic că intervenția bariatrică de bypass gastric este mult mai eficientă pe termen lung în comparație cu alte intervenții bariatrice. Astfel, în data de 16.04.2021 s-a prezentat la Spitalul M G din Arad pentru efectuarea unor investigații preoperatorii (analize de laborator, examen gastroscopic, ecografie abdominală, radiografie toracică, EKG, spirometrie). Conform înțelegerii avute cu medicul pârât, în data de 20.04.2021 acesta s-a prezentat la Spitalul M G din Arad pentru internare și pentru a fi supus intervenției chirurgicale de bypass gastric, iar înainte de a fi operat, şi-a amintit că a fost vizitat de către o asistentă medicală care i-a înmânat mai multe documente și l-a rugat să le semneze, fără a-i prezenta alte detalii despre conținutul acestor înscrisuri; printre înscrisuri se afla şi contractul de prestări servicii medicale. Totodată, a fost informat că înaintea sa, dr.V va opera încă trei persoane, acesta fiind ultimul său pacient programat pentru intervenție chirurgicală în acea zi. La un moment dat, medicul chirurg D V a venit în salon pentru unul dintre pacienții care urma să intre în operație înaintea sa, ocazie cu care acesta l-a văzut foarte speriat și i-a spus să se liniștească că va fi bine; alte discuții legate de intervenția de bypass gastric nu a mai avut cu medicul pârât.

Din cuprinsul foii de observație nr. 973/2021 rezultă că intervenția chirurgicală laparoscopică a început la ora 13:10, practicându-se bypass gastric pe ansă în Omega (sau one loop gastric bypass) și s-a finalizat la ora 14:30. Faptul că reclamantul a fost înspăimântat înainte de operație rezultă din documentația medicală (epicriză), care relevă că s-a prezentat în sala de operație cu o tensiune arterială mare în valoare de 225/120 mmHG (puseu hipertensiv). Pe parcursul operației au existat probleme tensionale, fiind diagnosticat și cu un sindrom coronarian acut perioperator. La câteva minute de la trezirea din anestezie, a început să resimtă dureri în zona toracică, în piept și a acuzat dispnee; îşi aminteşte că i s-a administrat un medicament antialgic care inițial i-a calmat acea durere, însă spre seară durerile și problemele respiratorii au reapărut.

În următoarele zile starea sa de sănătate a fost marcată de aceeași simptomatologie specifică sindromului coronarian acut, motiv pentru care în data de 23.04.2021 s-a dispus transferarea acestuia la Clinica P din Sibiu, în secția de cardiologie pentru monitorizare și tratament de specialitate (coronarografie). Prin urmare, de la acea dată a fost internat la clinica din Sibiu, unde în urma investigațiilor clinice și paraclinice a fost stabilit diagnosticul de infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment T (STEMI) în ziua a 4-a perioperator. Coronarografia a relevat că arterele coronariene epicardiace au aspect normal angiografic, nefiind afectate de ateroscleroză, fiind astfel exclusă din lanțul de cauzalitate o patologie coronariană.

În data de 24.04.2021 s-a dispus externarea sa din clinica din Sibiu și s-a întors în localitatea de domiciliu întrucât starea sa de sănătate nu era una prea bună. În concret, în următoarele luni nu a putut mânca mâncare solidă, prin urmare, a fost nevoit să consume strict alimente lichide (ceaiuri și supe), cu o lingură mică, iar mai apoi a trecut la mâncare pasată. Mai apoi, s-a întors la reședința din Anglia, iar starea sa de sănătate s-a degradat în continuare. Astfel, timp de un an de zile după ce s-a întors în țara de reședință a avut o tulburare digestivă, în sensul că nu putea asimila alimentele pe care le mânca, iar după fiecare masă elimina alimentele prin scaun. Chiar și când mânca doar o gură de mâncare solidă sau bea un pahar de apă, la scurt timp după ce alimentele ajungeau în stomac, era nevoit să meargă să le elimine prin scaun. Pe fondul acestei tulburări digestive au apărut problemele de mobilitate, de vorbire, de cauză neurologică, în contextul în care organismul său nu mai avea

capacitatea de a absorbi și asimila nutrienții din alimentație. Astfel, a început să își petreacă cea mai mare parte a timpul în pat, motiv pentru care a început să aibă și o stare depresiv-anxioasă.

Văzând că starea sa de sănătate se deteriorează, a luat legătura cu dr. D V și i-a relatat despre complicațiile apărute în urma intervenției efectuate de acesta în 2021, trimițându-i și o filmare pentru ca acesta să vadă în ce stare se află. Recomandarea acestuia a fost de a-i administra vitamine injectabile. Cu toate că a urmat această recomandare, starea sa de sănătate a rămas în continuare precară, a avut în continuare scaune diareice, balonare, dureri abdominale, precum și probleme de mobilitate și echilibru.

În acest context, în luna august 2021 a revenit în România pentru a efectua investigații medicale în vederea stabilirii unui diagnostic pentru complicațiile survenite postoperator. Astfel, a fost investigat de mai mulți medici din Sfântu Gheorghe și Brașov, din diferite specialități medicale, în perioada august-octombrie 2021, în urma cărora, fiind analizate de un medic neurolog din cadrul C de D și T O din Brașov, s-a stabilit diagnosticul de sindrom de malabsorbție post bypass gastric și polineuropatie sezorială axonală stadiu I, examinările excluzând alte cauze pentru aceste patologii.

În perioada următoare s-a întors la reședința din Anglia și a continuat investigațiile medicale, în principal la Spitalul M K din orașul cu același nume din Anglia. Astfel, a fost consultat și investigat de mai mulți medici specialiști, diagnosticul stabilit de aceștia fiind de mielopatie secundară deficitului de vitamine ca urmare a operației de bypass gastric din aprilie 2021. De asemenea, la recomandarea medicului neurolog din Anglia a început fiziokinetoterpia, pentru a-și recupera capacitatea de mers, primind un aparat medical de electrostimulare (Odstock 2-Channel Dual Stimulator), pe care îl portă și în prezent de 3-4 ori pe săptămână pentru a-l ajuta să ridice picioarele în mers. Întrucât starea sa de sănătate fizică și psihică s-a deteriorat semnificativ, s-a întors în România în luna iulie 2022 pentru a fi suspus unor investigații medicale în vederea diagnosticării și tratării cauzei problemelor de sănătate.

Astfel, în luna iulie 2022 a fost consultat și investigat timp de o săptămână la S C J din Târgu Mureș, iar în urma examinărilor clinice și paraclinice s-au stabilit următoarele diagnostice: mielopatie cervicală carențială, posibil post chirurgie bariatrică și tetrapareză spastică cu predominanța paraparezei. Mai apoi, în cursul verii a solicitat o a doua opinie medicală, fiind consultat și examinat în București, la P A H . În urma investigațiilor, au fost menținute diagnosticele de la Târgu Mureș și s-a diagnosticat suplimentar un sindrom malabsorbtiv grav post gastric bypass. În raport cu cel din urmă diagnostic, s-a recomandat internarea de urgență pentru instalarea jejunostomiei de alimentație și revizia operației de gastric bypass în cca 3-4 săptămâni. Drept urmare, în luna 7.09.2022 i s-a montat chirurgical laparoscopic o jejunostomie de alimentație, iar evoluția postoperatorie a fost favorabilă cu o bună toleranță a alimentației pe jejunostomie, la externare primind o serie de recomandări foarte stricte legate de hrănire pe care le-a respectat în totalitate.

În următoarele două luni a mai fost internat pentru investigații și tratament de specialitate, inclusiv kinetoterapie în Spitalul de Recuperare S S din Pantelimon, Ilfov, iar în următoarele nouă luni a avut montată jejunostomie de alimentație, pentru prima dată în ultimele luni începând să se simtă mai bine și să asimileze alimentele pe care i le-a administrat pe jejuncstomă, reușind să și ia în greutate. În privința reviziei operației de gastric bypass reclamantul a fost informat că va fi amânată până în momentul în care starea sa de sănătate va fi stabilă și organismul va putea suporta această intervenție. În perioada următoare simptomatologia digestivă a remis, însă problemele de mobilitate și de echilibru au continuat să se manifeste. Astfel, a avut mari dificultăți în a-i mișca picioarele, în a le ridica de la pământ și în a-i păstra echilibrul în ortostatism, menționând că i-a fost afectată și viața sexuală. Totodată, tulburarea anxios depresivă a persistat, fiind în permanență anxios și trist, i-a fost afectată în mod semnificativ și memoria, aceste simptome fiind dublate și de o tulburare a somnului.

După ce s-a întors în Anglia, s-a prezentat în mod constant la spitalul din Milton Keynes la controale periodice și a continuat planul de fiziokinetoterapie, însă cu toate acestea problemele fizice de mobilitate și echilibru s-au menținut, fapt care l-a împiedicat să muncească și să își

îngrijesc familia, fiind căsătorit şi având trei copii minori în îngrijire, dintre care unul cu autism. Viaţa sexuală este şi ea afectată în proporţie de 100%, iar tulburarea anxios-depresivă este în continuare prezentă, aspecte care îl împiedică să îşi desfăşoare activităţile cotidiene. Cel mai tulburător aspect dintre toate este faptul că nu se poate deplasa în nicio ocazie fără cadru sau baston de sprijin, precum şi că aceasta va fi situaţia pentru restul vieţii sale.

În susţinerea caracterului ilicit al faptei, anume lipsa acordului informat al pacientului pentru intervenţia de bypass gastric din 20.04.2021, a făcut trimitere la art. 6, art. 8 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, art. 653 alin. (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, dispoziţiile art. 660 alin. 1-3 din Lege şi art. 662 alin. (1) din Lege. A susţinut că din lectura acestor norme legale rezultă că înainte de a aplica un tratament medical pacientului, medicul este obligat să îi furnizeze acestuia, întru-un limbaj simplu, informaţii pertinente referitoare la diagnostic, tratament, riscuri şi alternative terapeutice (informarea prealabilă), iar mai apoi să îi solicite pacientului acordul scris (consimţământul informat) pentru realizarea actului medical. Scopul informării prealabile a pacientului este acela de a-i oferi acestuia posibilitatea de a alege, în cunoştinţă de cauză, dacă să înceapă sau să refuze un anumit act medical. În lipsa unei informări prealabile complete, consimţământul este unul pur formal, deoarece un pacient neinformat nu a înţeles pentru ce anume îşi dă consimţământul şi nici la ce riscuri se expune. (consimţământ viciat). Numai un contact direct între medic şi pacient poate duce la îndeplinirea obligaţiei de informare şi de luare a consimţământului informat al pacientului, în schimb semnarea de către pacient a unui formular tipizat reprezintă numai documentarea scriptică a obligaţiei de informare. Obţinerea consimţământului informat al pacientului protejează medicul din perspectivă legală, întrucât transferă riscul complicaţiilor cunoscute şi general acceptate de practica medicală de la medic la pacientul care le-a înţeles şi pe care şi le-a asumat.

În situaţia în care medicul nu respectă dispoziţiile legale privitoare la obţinerea consimţământului informat al pacientului şi efectuează actul medical, acesta va răspunde civil pentru prejudiciile cauzate pacientului. Potrivit doctrinei , în asemenea situaţii, medicul va răspunde şi pentru acele prejudicii pentru care, în mod normal, personalul medical nu răspunde, fiind în general acceptate şi determinate de metodele de investigaţie şi tratament şi independente de orice formă de culpă în modul de îndeplinire a actului medical. Astfel, extinderea sferei răspunderii medicului (în esenţă o răspundere bazată pe culpă) la prejudicii produse fără culpa sa, adică în lipsa unei greşeli medicale propriu-zise, are ca temei ideea de viciere a consimţământului pacientului, în sensul că acesta nu şi-a putut asuma riscuri pe care nu le-a cunoscut. În astfel de situaţii, judecătorul va trebui să cerceteze şi să analizeze, apelând la un raţionament a posteriori, repercusiunile probabile ale acestui defect de informare asupra realizării prejudiciului corporal, adică efectele care ar fi putut să le aibă o astfel de informare în privinţa consimţământului sau al refuzului actului medical din partea pacientului. În măsura în care se dovedeşte că pacientul ar fi refuzat actul medical dacă ar fi fost informat în prealabil cu privire la riscurile acestuia, reparaţia prejudiciului născut din realizarea riscului este totală.

Fapta ilicită comisă de pârâtul D V , medic chirurg în cadrul Spitalului M G Arad, în data de 20.04.2021 a constat în efectuarea intervenţiei chirurgicale de bypass gastric *fără a-i oferi în mod direct pacientului informaţii referitoare la natura şi scopul tratamentului*, riscurile şt consecinţele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile şi consecinţele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului. Astfel, anterior intervenţiei, medicul chirurg nu a avut nicio discuţie directă în care acesta să îi ofere informaţii legate de natura operaţiei de bypass gastric sau referitoare la riscurile sau complicaţiile acestei intervenţii, pentru ca apoi să îi poată exprima consimţământul informat

Analizând documentaţia medicală întocmită în cadrul unităţii sanitare a pârâtei de rândul 2, se observă că formularul de consimţământ informat pentru intervenţia chirurgicală nu este semnat şi parafat de medicul pârât, ceea ce confirmă faptul că acesta nu i-a furnizat informaţiile pe care legea îl obligă să le furnizeze înainte de efectuarea unei intervenţii medicale cu potenţial risc pentru pacient, privându-l de oportunitatea de a decide dacă doreşte sau nu să efectueze intervenţia chirurgicală propusă, după punerea în balanţă a riscurilor şi beneficiilor. În aceste împrejurări,

reclamantul a apreciat că medicul pârât este responsabil pentru riscurile şi complicaţiile ivite ulterior intervenţiei chirurgicale de bypass gastric, întrucât nu l-a informat despre aceste riscuri, iar acesta nu şi-a asumat astfel riscuri pe care nu le-a cunoscut în măsura în care ar fi fost informat corect despre riscurile (apariţia sindromului de malabsorbţie generală severă) şi complicaţiile neurologice (mielopatia cervicală carenţială şi tetrapareza spastică cu predominenţa paraparezei - care au condus la invaliditate permanentă) ale acestei intervenţii chirurgicale, în mod evident nu ar mai fi ales să urmeze această cale de tratament a obezităţii morbide. Chiar dacă ar accepta prin absurd că formularul de consimţământ informat semnat de acesta în ziua operaţiei ar dovedi faptul că a fost informat corespunzător anterior intervenţiei, se poate constata că în cuprinsul acestui formular nu au fost înscrise riscurile şi complicaţiile care au survenit postoperator în cazul de faţă, expuse supra.

În concret, complicaţiile neurologice au avut ca sursă operaţia de bypass gastric care a condus la micşorarea semnificativă a stomacului pacientului. Mai apoi, micşorarea în dimensiune a stomacului a condus la o diminuare a numărului celulelor parietale gastrice, responsabile de secreţia factorului intrinsec Castle, o glicoprotelnă esenţială pentru absorbţia vitaminei B12 în ileonul terminal. Prin urmare, pe fondul lipsei de factor Intrinsec Castle, a apărut o deficienţă de absorbţie a vitaminei B12 (factor neuro trofic) în organismul pacientului. Finalmente, malabsorbţia de vitamina B12 a condus mai apoi la distrugere neuronală, tulburări neurocognitive, neuromotorii şi invaliditate. Toate aceste complicaţii erau cu atât mai probabil să survină postoperator, cu cât reclamantul avea înainte de operaţii şi alţi factori de risc pe fond de obezitate cum ar fi: oxigenare periferică defectuoasă, HTA , infecţie cronică cu virusul Hepatitei B. Aşadar, a afirmat cu certitudine că, dacă medicul chirurg i-ar fi oferit aceste informaţii, nu ar mai fi fost de acord să continue terapia în data de 20.04.2021, întrucât riscurile şi complicaţiile erau prea mari în raport de beneficiile intervenţiei de bypass gastric. Medicul va răspunde şi pentru acele prejudicii pentru care, în mod normal, personalul medical nu răspunde - fiind în general acceptate şi determinate de metodele de investigaţie şi tratament şi independente de orice formă de culpă în modul de îndeplinire a actului medical; în lipsa informării pacientului cu privire la riscurile intervenţiei şi a asumării lor de către acesta, nu a mai avut loc transferul acestor riscuri de la medic la pacient, nemaifiind limitată răspunderea medicului numai la actele medicale culpabile. Chiar dacă obligaţia de informare este una de diligenţă, revine medicului obligaţia de a dovedi că, în realitate, consimţământul pacientului nu a fost viciat, şi că acesta ar fi procedat la fel chiar dacă ar fi fost informat în mod corect.

În sensul prejudiciului produs, reclamantul a invocat prevederile art. 1381 alin. (1) şi (2) şi (3) Cod civ, art. 1385 alin. (1) şi (3), art. 1386 şi art. 1387 alin. (1) şi (2) Cod civil, şi art. 1.388 alin (1) 1.389, art. 1535 alin (1) şi art. 1523 alin (2) lit. e) Cod Civil, art. 1, alin. 3 din O.G. 13/2011), respectiv dobânda legală BNR + 8 puncte procentuale faţă de calitatea de profesionist a ambelor pârâte raportat la definiţia dată acestei noţiuni de art. 3 din Codul civil (art. 3, alin. 2^1 din O.G. 13/2011). A

Prin fapta ilicită comisă i s-a cauzat un prejudiciu nepatrimonial constând, în principal, în însăşi atingerea fizică adusă sănătăţii şi integrităţii corporale, ca urmare a agravării stării sale de sănătate, în aşa fel încât şi-a pierdut total capacitatea de muncă, fiind practic invalid. Însă, această atingere are la rândul ei numeroase consecinţe: a)durerile fizice şi suferinţele psihice, datorate apariţiei complicaţiilor neurologice, neuromotorii şi psiho-afective survenite în urma intervenţiei de bypass gastric; b)un prejudiciu de agrement, produs prin atingerea satisfacţiilor şi plăcerilor vieţii, în prezent se află în imposibilitate de a trăi o viaţă normală, de a munci şi de a fi soţ şi tată pentru cei trei copii pe care îi are în îngrijire; a menţionat că unul dintre copii săi minori are nevoie de atenţie specială fiind şi el diagnosticat cu o tulburare de spectru autist; c)un prejudiciu juvenil, respectiv prejudiciul moral special suferit în momentul în care şi-a văzut reduse în totalitate şansele la o viaţă normală, după apariţia complicaţiilor postoperatorii. De asemenea, a menţionat că acele complicaţii neuromotorii sunt permanente şi ireversibile. Prin conduita culpabilă, medicul curant i-a cauzat şi un prejudiciu material reprezentat de pierderea câştigului pe care îl obţinea din muncă anterior intervenţiei bariatrice. Astfel, în prezent nu mai poate munci, întrucât şi-a pierdut în

totalitate capacitatea de muncă, în condițiile în care locuieşte în Anglia, are o gospodărie de întreținut, este căsătorit și are în îngrijire 3 copii minori.

Anterior intervenției de bypass gastric reclamantul a desfășurat activitate comercială prin intermediul societății comerciale pe care o deține și administrează în Anglia, ETA24 Limited. În concret, a avut încheiat un contract de subcontractare a serviciilor de curierat cu societatea UK Mail, în temeiul căruia efectua transport și manipulare de mărfuri cu camioneta sa personală, fiind atât șofer, cât și manipulant. În anul anterior operației de bypass gastric (aprilie 2020 - martie 2021) reclamantul a obținut din această activitate comercială un venit lunar mediu în cuantum de 4295 lire sterline, iar după intervenția de bypass gastric din 2021 nu a mai putut să desfășoare activitatea de transport și în special cea de manipulare de marfă, din cauza apariției complicațiilor postoperatorii neurologice, fiind nevoit să și consulte nenumărați medici în vederea diagnosticării și tratării acestor complicații. Prin urmare, a fost nevoit să angajeze diferite persoane care să efectueze pentru el transportul și manipularea mărfurilor, însă în acest context au scăzut în mod semnificativ și veniturile sale. A estimat că, în medie, a reușit să obțină lunar un venit mult mai mic, în cuantum de 1800 lire sterline. În acest sens a menționat că va depune documente contabile care să dovedească realitatea celor susținute cu privire la diminuarea venitului lunar net.

Totodată, a învederat că apariția complicațiilor postoperatorii l-au determinat să efectueze nenumărate investigații și tratamente medicale, inclusiv fizioterapie, sală de fitness, ale căror costuri a fost nevoit să le suporte. Cheltuielile pentru care le deține dovezi până la acest moment sunt în sumă de 33.940 lei și 17,670.44 lire sterline, însă a precizat că acestea sunt mult mai mari, existând posibilitatea să adauge documente justificative pe parcursul procesului, pe măsură ce le va obține de la unitățile sanitare. Mai mult, au sporit și nevoile sale de viață în sensul că este nevoit să urmeze lunar tratamente de recuperare (fiziokinetoterapie), să meargă la o sală de fitness și să își cumpere vitamine și suplimente alimentare etc., cheltuieli în cuantum lunar de 895 lire sterline.

Cu privire la legătura de cauzalitate între fapta ilicită comisă de medicul pârât D V și prejudiciul cauzat, o evidențiază ca fiind directă şi evidentă, precum şi prezumată, motiv pentru care Codul civil, în sediul materiei răspunderii delictuale, art. 1357 Cod civil, nici măcar nu o enumeră printre condiții, fiind posibilă a fi înlăturată în situația în care se probează existența unei cauze exoneratoare de răspundere. A apreciat că din cele mai sus expuse rezultă fără dubiu că nu şi-ar fi asumat riscul de a deveni invalid ca urmare a apariției unor complicații postoperatorii neurologice, doar pentru a reuși să slăbească-operația de bypass gastric neavând practic un scop terapeutic, prin urmare a apreciat ca fiind îndeplinite toate condițiile răspunderii delictuale pentru fapta proprie.

Cu privire la răspunderea civilă a unității sanitare private reclamantul a invocat prevederile art. 1373 C. civ. alin (1) şi (2). şi art. 655 alin. (2) din Legea 95/2006. A indicat că, întrucât medicul pârât D V era angajat al G M C Arad la momentul comiterii faptei ilicite, iar între aceştia exista un raport de prepuşenie, rezultând că pârâta de rândul 2 răspunde în solidar pentru prejudiciile produse acestuia de pârâtul D V

În drept a invocat art. 662 alin. (1) din Legea nr. 95/2006.

În probațiune, a depus înscrisuri şi a solicitat audierea martorilor A E și P V ; efectuarea unei expertize medico-legale pentru a fi analizată conduita medicală a medicului curant D V în faza preoperatorie precum și pentru stabilirea legăturii de cauzalitate între complicațiile ivite postoperator și intervenția chirurgicală din 20.04.2021.

Prin întâmpinarea formulată la data de 29.04.2024 pârâtul D a solicitat respingerea cererii de chemare în judecată ca neîntemeiată.

În motivare a indicat, că serviciul medical solicitat de către reclamant a fost prestat de către intimat, în conformitate cu standardele medicale în vigoare, fără să existe vreo eroare medicală; nu se află în prezența unui caz de malpraxis care poate să fie reținut în sarcina personalului medical, având în vedere că intervențiile medicale au fost efectuate în mod corect, cu respectarea normelor legale şi a ghidurilor medicale; susținerile sunt inexacte, faptele şi filmul evenimentelor fiind prezentate trunchiat, tendențios, speculativ - pacientul O A I nerelatând tot procesul preoperator de investigare, pregătire, informare, dar mai ales recomandările primite; nu există niciun element superpozabil criteriologiei de definire şi caracterizare ale malpraxisului

medical - pacientul aloca complicația tardiva în mod cauzal direct actului operator pe care ii incriminează ca fiind culpabil prin presupusa lipsa de informare asupra complicațiilor ulterior dezvoltate, ignorând a menționa amplul şi repetitivul proces de informare de care a beneficiat, dar şi necomplianta sa la recomandările de monitorizare şi tratament postoperatorii; raportul de cauzalitate al genezei stării de sănătate actuale invocate se afla sub imperiul concretizării unei stări de fapt (malabsorbție) asociata implicit însă tipului de act chirurgical practicat, arhicunoscut lumii medicale şi care reprezintă, în fapt, însăşi principiul fiziopatologic pe care îşi bazează eficiența, aparținând însăşi scopului - inerent constituit prin strategia chirurgicala aplicată - acestui tip de act medico-chirurgical; întreg cazul se afla sub spectrul caracteristicilor, aproape superpozabile noțiunilor didactice şi teoretice, ale coparticipării pacientului în geneza rezultatului final, prin necomplianta sa la recomandări şi la tratament propuse în perioada postoperatorie, prin tergiversarea *sine die* de către acesta a cuplării efectelor adverse odată apărute, dincolo de pragul reversibilității absolute; actele medicale practicate nu includ erori de strategie, tactică şi tehnică medico-chirurgicală şi au avut rezultatele exceptate, starea actuala fiind consecința exclusivă a unei lipse de aderență a pacientului la planul terapeutic, agreat însă încă din faza preoperatorie; starea actuala aparține unor complicații postoperatorii cunoscute practicii medicale, a cărei concretizare excede posibilităților absolute de prevenție în absența coparticipării pacientului la planul terapeutic, acesta fiind mai complex, nelimitându-se doar la actul operator; pacientul a ales să dea curs unei revizii chirurgicale - similară celei propuse de intimat, odată instalate complicațiile - la mare distanță față de momentul oportun al practicării acesteia, lăsând să se instaleze, evolueze şi agraveze, efectele nefaste ale malabsorbției prelungite; pacientul a fost pe deplin informat, în condițiile legii, dar şi ale deontologiei şi eticii medicale - a se vedea vasta documentație întocmită în acest sens şi asumată prin semnătură de către pacient - dându-şi consimțământul pentru soluțiile medicale propuse, asumând-şi datele privind riscurile şi complicațiile potențiale ale actului medico-chirurgical complex practicat, înțelegând că atât evoluția afecțiunilor preexistente, cât şi starea de moment, pot creşte riscul de concretizare, fără a mai fi necesară contribuția suplimentară şi a altor circumstanțe, inclusiv că înțelege că aceste riscuri se pot concretiza indiferent de masurile de prevenție luate, dar şi asumându-şi obligațiile sale, în acord cu principiile care guvernează relația sinalagmatică medic-pacient; susținerile sunt inexacte, informațiile fiind extrapolate de la faptele şi filmul evenimentelor reale, în mod tendențios şi speculativ, în mod cu atât mai surprinzător cu cât vin de la o persoană ce a beneficiat de alte intervenții de chirurgie bariatrică, de o multitudine de investigații pluridisciplinare şi discuții, anterior, dar şi pe parcursul internării incriminate ca generatoare de prejudiciu, atât cu intimatul, în calitate de medic curant, cât şi cu personalul medical aparținând mai multor specialități, în care a acumulat, prin informarea făcută de către medici, respectiv ca urmare a propriilor întrebări adresate, un volum de informație suficientă (în special cu privire la afecțiunea de bază, soluțiile terapeutice - dependente de evoluția şi starea de moment - dar şi de riscurile inerente asociate, potențiale, unele independente de orice act medical sau inerente oricărui act chirurgical, ci asociate necompliantei pacientului la planul terapeutic propus) pentru a transforma actualele acuzații în speculații şi forțări premeditate, fără echivalent cu realitatea; rejudiciul invocat nu este nici de amploarea, nici de gravitatea, nici de certitudinea, celor descrise în cererea de chemare în judecată, aparent evoluția fiind favorabila constant, lent.

Pârâtul a indicat că pacientul prezintă un istoric chirurgical bogat. Prima intervenție bariatrică, efectuata într-un alt serviciu, a fost cea de inel gastric (realizându-se în anul 2008). În anul 2012 pacientul a trecut prin a doua intervenție chirurgicală, cea de scoatere a inelului gastric, ambele intervenții fiind urmate de recâştigarea excesului ponderal pierdut. Pacientul a afirmat că nu putea să înghită bine alimente solide atunci când avea inelul gastric. Disfagia (dificultățile de înghițire), dacă ar fi existat, ar fi însemnat o pierdere în greutate, dar pacientul a susținut că nu a reuşit să slăbească cu această intervenție. Informație contradictorie, ilogică, urmată de o constatare personală a dânsului, că intervenția de inel nu a fost corect efectuată. În anul 2016 pacientul s-a adresat intimatului pentru o altă intervenție chirurgicală (a treia intervenție chirurgicală) care să îi ajute să controleze greutatea şi să rezolve problema obezității morbide. După această intervenție, pacientul reclamant nu a respectat indicațiile preoperatorii; nu s-a alimentat corect; şi-a reluat vechile

obiceiuri alimentare; nu s-a mai prezentat la nici un consult postoperator în clinică, consecința acestui comportament dezechilibrat fiind slăbirea insuficientă şi reîngrășarea.

În luna februarie a anului 2021 pacientul a solicitat un consult/o discuție telefonică pentru intervenția de bypass gastric, deoarece cu intervențiile anterioare (inel gastric şi gastric sleeve /micșorare de stomac) a eșuat. În data de 4 martie 2021 a avut loc prima discuție telefonica în care reclamantul a solicitat intervenția de bypass gastric, fiind singurul tip de intervenție care mai putea fi efectuat, celelalte metode fiind deja epuizate; i-au fost explicate toate detaliile despre riscurile şi complicațiile ce pot apărea precum şi diferența dintre intervenția de bypass şi cele avute anterior. De asemenea, i-a fost explicat pe larg faptul că intervenția de bypass este o intervenție mai agresivă, că deficitele de vitamine şi proteine pot fi mai severe, precum şi faptul că daca va avea aceeași conduită postoperator, cum a avut după primele intervenții - sunt şanse să apară complicații mai severe, precum neuropatia cauzată de deficitul de vitamina B12, probleme hepatice cauzate de deficitul de proteine etc. Acesta a susținut că a înțeles şi că a învățat lecțiile având experiențele trecute şi că de această dată va urma indicațiile postoperatorii, solicitând programare în cadrul G M C pentru data de 20 aprilie 2021.

În data de 6 martie 2021, cu şase săptămâni înainte de operație, reclamantul a primit pe mail mai multe documente, printre care şi un manual al pacientului bariatric şi o anexă de consimțământ pe care urma să le semneze în spital, în care se discută concret despre riscul de apariție al unor complicații generate de absorbția redusă a vitaminelor. Acest risc nu reprezintă un efect surpriză, ci unul la care se aştepta, motiv pentru care pacientul trebuia să respecte cu strictețe indicațiile şi programul de investigații după operație. Consimțământul suplimentar detaliază complicațiile care pot surveni şi are o rubrica care atestă că pacientul a citit toate informațiile primite pe mail şi a clarificat orice dubiu cu medicul curant cu cel puțin 48-72 de ore înainte de intervenția chirurgicală; chiar dacă se reia discuția cu pacientul şi înainte de intervenție, în spital, medicul se asigură că are parte de toate informațiile necesare cu mult timp înainte de a ajunge în clinică, tocmai pentru a evita astfel de plângeri nefondate. În acest sens a ataşat un printscreen cu e-mailul transmis pacientului ce cuprinde consimțământul suplimentar şi Manualul pacientului Bariatric.

În data de 13.04.2021 pacientul a susținut o evaluare psihologica cu Psih. A S , în cadrul căreia pacientul a fost întrebat specific daca este conştient de riscuri şi complicații.A ataşat în acest sens şi raportul psihologic, în care este notat şi faptul că pacientul prezintă simptome specifice tulburării de panică - o problemă cronică de sănătate mintală, nu ceva spontan asociat momentului operației.

În data de 16.04.2021 pacientul s-a prezentat în cadrul clinicii G M C pentru efectuarea unor investigații complexe în vederea intervenției chirurgicale (consult cardiologic, pneumologic, consult gastroenterologie, analize de sânge, ecografic abdominala şi altele), după care în data de 20.04.2021 a fost internat. Dl. doctor a vizitat pacientul reclamant în salon în prima parte a dimineții, a discutat din nou despre toate aspectele care țin de intervenția de bypass gastric, riscuri şi complicații imediate şi pe termen lung şi l-a întrebat dacă mai are întrebări sau nelămuriri în ce privește intervenția, asigurându-se că totul este clar înțeles de către acesta. În aceeași zi s-a operat şi sora pacientului, deci exista o relație de încredere între medicul curant şi pacient şi familia lui, în urma numeroaselor convorbiri atât cu sora pacientului cât şi cu mama dânsului.

Intervenția a decurs fără incidente din punct de vedere tehnic şi chirurgical, însă pacientul a prezentat tensiuni mari în timpul intervenției, greu de controlat; astfel de incidente pot surveni şi sunt cauzate de obezitatea avansată a pacientului, nu de tulburarea de panică. În timpul intervenției, pacientul a fost sub anestezie, iar stările emoționale nu au putut influența intervenția. Imediat după intervenție pacientul a fost ținut sub o supraveghere foarte atentă, repetând consulturile cu cardiologul şi monitorizând enzimele cardiace. În situațiile în care tensiunea creşte brusc, pot apărea manifestări similare infarctului miocardic, fapt ce s-a şi întâmplat - din acest motiv s-a şi decis că pacientul are nevoie de investigații suplimentare, pentru a exclude diagnosticul de infarct sau de o problema a vaselor de sânge ale inimii, fiind contactată clinica P din Sibiu, medicul pârât depunând tot efortul necesar pentru a organiza transportul către aceasta, asigurându-se că primește o îngrijire fără reproş până la capăt. Investigația de angiografie efectuata în cadrul Clinicii P a

confirmat suspiciunea, şi anume că nu există o problema cardiaca, şi că enzimele şi modificările EKG au fost temporare datorate tensiunii arteriale mari.

După intervenția chirurgicală, a doua zi, pacientul a avut parte de un consult cu nutriționist - dieteticianul clinicii, dr. M M S . A fost informat despre alimentația din prima lună, vitamine necesare, precum şi despre succesiunea următoarelor controale şi analize (1-3-6-12 luni postoperator). La plecarea din clinică a existat din nou o discuție cu pacientul despre faptul că trebuie să existe o comunicare/colaborare mult mai bună, de data aceasta, deoarece deficitele de vitamine care pot apărea sunt mult mai serioase.

La o luna de la intervenție pacientul O este sunat de către secretarele clinicii pentru a fi programat pentru un consult cu nutriționistul-dietetician dr. M M S , însă nu s-a aflat în țară, aşadar a preferat să aibă discuția telefonic/online. A fost programat pe data de 18 mai, dar nu s-a prezentat la acest consult, răspunzând soția dânsului, care a precizat că acesta este într-o țară unde nu poate efectua consultul - deci nu era în Romania şi nici în Marea Britanie, aşadar, acesta se simțea suficient de bine încât să facă calatorii, dar pacientul a înțeles să îşi neglijeze recuperarea de după intervenție. Consultul de la o lună de la intervenție a avut loc, cu dificultate, după două luni. Pacientul nu a respectat indicațiile şi nu s-a alimentat corect. Aportul de proteine trebuie să fie, conform calculelor nutriționistului, de 80 grame, dar pacientul consuma 15 grame/zi. De asemenea nu a respectat numărul de mese indicat şi nici orarul de mese, aşadar, primele doua luni de la intervenție au decurs total greşit, pacientul expunându-se la riscul de deficiente de vitamine şi alți nutrienți.

La trei luni de la intervenție pacientul trebuia să facă primele analize de sânge, tocmai pentru a controla eventuale deficite, fiind programat pe 26 iulie 2021, ora 18.30; a anulat consultul în ultimul moment, afirmând că nu a făcut analizele de sânge de control şi că îl va contacta pe pârât când revine în țară, pierzând astfel şi consultul de trei luni iar, evident, problemele s-au agravat. Toate conversațiile s-au desfăşurat cu soția sau mama dansului, pacientul nefiind interesat să păstreze o legătură directă.

În luna octombrie 2021, la şase luni de la intervenție, reclamantul l-a contactat pe dl. D La recomandarea acestuia a efectuat analize de control şi rezultatul este cel la care medicul se aştepta. Primele şase luni în care pacientul nu a urmat deloc indicațiile acestuia, se puteau observa clar pe analize - acesta prezenta deficit de proteine şi deficit de vitamine, printre care şi B12, apăruseră deja şi primele simptome de neuropatie - afectare a nervilor periferici din cauza deficitului de B12.

Primele discuții telefonice au fost cu mama dânsului. După multe insistențe din partea pârâtului, au avut o discuție telefonica în care acesta i-a explicat pacientului că trebuie să ia în serios intervenția avută, să apeleze la specialişti pentru a exclude alte boli, şi că acesta trebuie să revină pentru investigații mai detaliate, precum şi faptul că daca nu se alimentează corespunzător, nu îşi ia vitaminele necesare, neuropatia se poate agrava. Pacientul nu a relatat în cadrul discuției avute că ar avea probleme de alimentație, doar că nu se poate ține de un orar şi că nu îi place să mănânce carne. Fiindu-i explicat că dacă nu se reuşeşte echilibrarea, trebuie luată în calcul revizia bypass-ului, fie revenirea la anatomia de dinainte, fie reducerea efectului, însă acesta a răspuns că e încântat că a slăbit şi nu doreşte să facă o altă operație care să îi reducă din eficiența, de teama reîngrăşării. Este evident ca ne aflăm în situația unui pacient complet iresponsabil, care nici nu urmează indicațiile, nici nu îşi dă seama de consecințe, motiv pentru care i-a fost recomandat să ceară o a doua opinie la clinica P (prof. Dr. C C), în speranța că daca acesta va avea părerea şi a unui alt chirurg, va înțelege cât de riscant este comportamentul său iresponsabil.

În data de 9 noiembrie pârâtul a contactat pacientul pentru a vedea care este starea acestuia, iar acesta a răspuns că deocamdată nu vede îmbunătățiri, dar că va lua suplimentele de vitamine şi revine daca nu se simte mai bine. Timp de şase luni, până în mai 2022, pacientul a întrerupt orice comunicare cu pârâtul şi cu Clinica G M C În acest interval, aceştia nu au avut informații despre cât de bine a urmat indicațiile.

Din relatările pacientului, se observă că în septembrie 2022 a avut o procedură de montare a unui cateter în intestin (jejunostoma) prin care s-a alimentat şi a reuşit să se recupereze în bună

parte, reuşind să suplinească ceea ce nu poate prin alimentaţie sau prin suplimente. Aşadar, la un an de la momentul în care pârâtul i-a propus să ajusteze operaţia, pentru a evita agravarea neuropatiei, pacientul a decis că e momentul.

Pacientul O A I are un istoric bogat vizând obezitatea şi tratamente ale acesteia, inclusiv chirurgicale, dezvoltând până în anul 2021 o serie de complicaţii ale afecţiunii. Prima intervenţie bariatrica, efectuata într-un alt serviciu, a fost cea de inel gastric (2008); în 2012 trece prin a doua intervenţie chirurgicala - scoatere a inelului gastric, ambele intervenţii fiind urmate de recâştigarea excesului ponderal pierdut. Pacientul a afirmat în cererea de chemare în judecată că nu putea să înghită bine alimente solide atunci când avea inelul gastric (apreciind ca eronată şi tehnica chirurgicală a plasării inelului gastric), afirmaţie discordantă cu starea de fapt, întrucât o eventuală disfagie (dificultăţile de înghiţire), daca ar fi existat, ar fi însemnat o pierdere în greutate, dar acesta a susţinut că nu a reuşit sa slăbească cu aceasta intervenţie.

În anul 2016 pacientul s-a adresat pârâtului pentru o altă intervenţie chirurgicală (a treia operaţie) care să îl ajute să controleze greutatea şi să rezolve problema obezităţii morbide. După această intervenţie, deşi cu evoluţie favorabilă iniţial, pacientul nu a respectat indicaţiile preoperatorii, nu s-a alimentat corect, şi-a reluat vechile obiceiuri alimentare, nu s-a mai prezentat la niciun consult postoperator în clinică, iar consecinţa acestui comportament dezechilibrat este slăbirea insuficientă şi reîngrăşarea. Pârâtul a efectuat o intervenţie de gastric sleeve ulterioară, fără ca rezultatul expectat - scăderea în greutate şi menţinerea acesteia - să fi fost atins în final, din motive ce nu pot fi imputate acestuia. Gastrectomia longitudinala (operaţia de gastric sleeve) este o tehnică chirurgicală ireversibilă, ce se realizează pe cale laparoscopică. În timpul acesteia cea mai mare parte din stomac este eliminată. Punga creata (stomacul rămas) în urma intervenţiei poate stoca aproximativ 80 ml -100 ml. Nu se modifică circuitul fiziologic al alimentelor prin intestin, prin urmare nu are un mecanism malabsorbtiv, şi nu presupune suplimente nutritive şi vitaminice pe toata durata vieţii. Prin urmare, stomacul este mai mic, dar funcţia rămâne aproape la fel. Neatingerea unei greutăţi optime, ci, dimpotrivă, îngrăşarea, după efectuarea acesteia arată lipsa de cooperare a pacientului în perioada postoperatorie, cu nerespectarea regimului de alimentare (număr de mese, cantităţi de alimente/masă, aport caloric), dar şi prin sistarea apelării la suportul psihologic şi la evaluarea periodică la medicul curant şi/sau la medicul nutriţionist.

În februarie 2021 pacientul a solicitat un consult/discuţie telefonica cu pârâtul, pentru o intervenţie de bypass gastric, deoarece cu intervenţiile anterioare (inel gastric şi gastric sleeve /micşorare de stomac) a eşuat în controlul greutăţii corporale. De menţionat, încă de la acest punct, că pacientul a solicitat personal, explicit şi direct acest tip de intervenţie chirurgicală, expresie a informării personale şi nivelului de cunoştinţe pe care ii acumulase, prin afecţiune şi prin numeroasele contacte cu lumea medicală, pe parcursul evoluţiei şi tratamentelor obezităţii (după cum menţionează şi în cererea de chemare în judecată). Bypass-ul gastric asigură un grad mic până la moderat de malabsorbţie intenţionată datorită separării alimentelor, care trece prin ramul alimentar al Y- ului, de secreţiile biliopancreatice, care trec prin ramul biliopancreatic a Y-ului. Gradul de malabsorbţie poate fi ajustat prin modificarea lungimii anselor alimentara şi biliopancreatica. Elementul malabsorbtiv este rezultatul ocolirii stomacului distal, a întregului duoden şi scurtarea lungimii jejunului disponibil absorbţiei. Amploarea bypass- ului intestinului determină gradul de malabsorbţie a macronutrienţilor. Pe lângă limitarea aportului de alimente, provocând un anumit grad de malabsorbţie, provoacă şi sindromul de dumping ca răspuns la o masă lichidă cu conţinut ridicat de zahăr. Pierderea în greutate după un bypass gastric standard de 75 cm Roux depăşeşte de obicei 50 kg sau aproximativ 65-70% din excesul de greutate corporală şi aproximativ 35% din IMC. Pierderea în greutate se stabileşte în general în 1-2 ani, iar o recăpătare de până la 10 1b de la nadir-ul de pierdere în greutate la un platou pe termen lung este obişnuită.

Pentru toate procedurile bariatrice, inversarea pură fără conversie la o altă procedură bariatrică este aproape sigur urmată de revenirea la obezitatea morbidă. Bypass-ul gastric poate fi inversat, deşi acest lucru este rareori necesar; pacientul a primit toate informaţiile necesare înţelegerii afecţiunii şi prognosticului, opţiunilor terapeutice, avantajelor şi dezavantajelor fiecăreia dintre strategiile şi tehnicile disponibile, fiind informat cu mai multe săptămâni anterior procedurii,

timp mai mult decât necesar pentru a putea lua o decizie în absența imperiului necesității de urgență sau imperiozității. S-a insistat, ca un element de automatism şi intrinsec corelat intervențiilor de bypass, că acest tip de intervenție este mai agresivă, prin faptul ca reducându-se absorbția alimentelor din tubul digestiv va avea loc, inevitabil şi o scădere a absorbției de vitamine şi microelemente la un nivel periculos de scăzut, intervenția asociind în mod constant deficite de vitamine şi proteine (care pot deveni severe). Operația de bypass gastric poate duce la malabsorbție prin: -anatomie digestivă alterată: intervenția de bypass gastric implica o împărțire a stomacalului într-o pungă superioară mai mică și o pungă inferioară mai mare, iar intestinul subțire este rearanjat pentru a se conecta la ambele. Aceasta ocolește o porțiune a stomacului și a intestinului subțire, ceea ce duce la o absorbție redusă a nutrienților și a caloriilor. -suprafață redusă pentru absorbție: redirecționarea tractului digestiv scade suprafața disponibilă pentru absorbția nutrienților. Punga stomacală mai mică limitează aportul de alimente, iar intestinul subțire scurtat reduce zona în care are loc absorbția nutrienților. -modificări ale enzimelor digestive şi ale bilei: redirecționarea tractului digestiv poate afecta secreția și distribuția enzimelor digestive și a bilei, care sunt esențiale pentru descompunerea și absorbția nutrienților. Acest lucru poate afecta şi mai mult absorbția nutrienților, în special vitaminele și mineralele solubile în grăsimi. -sindromul de dumping: după operația de bypass gastric, unii oameni experimentează sindromul de dumping, în care alimentele se mişcă prea repede prin tractul digestiv. Acest lucru poate duce la malabsorbția nutrienților, deoarece alimentele nu se află în sistemul digestiv suficient de mult pentru a avea loc o absorbție adecvată. -modificări ale microbiotei intestinale: intervenția chirurgicală de bypass gastric poate modifica compoziția florei bacteriene intestinale, care joacă un rol în absorbția și metabolismul nutrienților. Modificările microbiotei intestinale pot contribui la malabsorbție și la alte probleme gastrointestinale după operație.

Este arhicunoscut şi, evident, comunicat pacienților necesitatea planului terapeutic/de monitorizare, care se impune în mod obligatoriu a fi urmat postoperator - prevenirea și corectarea malabsorbției după operația de bypass gastric implică mai multe strategii care vizează optimizarea aportului de nutrienți, susținerea sănătății digestive și gestionarea deficiențelor potențiale, printre care: respectarea recomandările alimentare furnizate după operație, care includ consumul de mese mici, bogate în proteine, vitamine şi minerale; aportul de suplimente nutriționale - multivitamine, calciu, vitamina D, fier, vitamina B12 și, eventual, altele în funcție de nevoile individuale; monitorizarea nivelurilor de nutrienți prin teste de sânge, conform recomandărilor de examinare periodica, acest lucru permițând detectarea precoce a deficiențelor, care pot fi apoi abordate prompt; hidratarea adecvată este crucială pentru sănătatea digestivă și pentru absorbția nutrienților; triturarea prelungita a alimentelor și ingestia lentă, pentru a ajuta digestia și a minimiza riscul de sindrom de dumping; prebioticele pot ajuta la promovarea sănătății intestinale și la sprijinirea digestiei prin completarea bacteriilor intestinale benefice; ajustarea măsurilor în urma consultării periodice cu un dietetician cu experiență în nutriție post-chirurgie bariatrică - pot ajuta în a crea planuri de masă, în alegerea suplimentelor adecvate, precum şi prezentările periodice la medicul curant pentru a monitoriza progresul, a examina clinic și a ajusta planul de tratament după cum este necesar. Malabsorbția dacă este lăsată netratată sau gestionată inadecvat, poate duce la diverse complicații care afectează diferite sisteme ale corpului. Aşadar, colaborarea pacientului în aceste direcții este esențială. Ca atare pacientul de față, cu eșec terapeutic repetat în antecedente, a beneficiat de o atenție suplimentară din partea medicilor în a îi fi oferite informațiile, tocmai pe fondul lipsei lui de complianță cu ocaziile anterioare.

Având în vedere manualul pacientului bariatric şi anexa de consimțământ primite de către pacient înainte cu şase săptămâni de operație, prin care se discuta concret despre riscul de apariție al unor complicații generate de absorbția redusa a vitaminelor, nefiind un efect surpriză, ci unul extrem de previzibil, motiv pentru care pacientul trebuie să respecte riguros indicațiile şi programul de investigații după operație, precum şi reluarea procesului de informare înainte de intervenție, în spital şi consultul psihologic, se poate considera drept evidentă informarea completă făcută unei persoane cu cunoştințe anterior acumulate şi cu patologie cronică, fără imperiul urgenței medicale. Consimțământul informat reprezintă actul prin care pacientul ia decizii privind conduita terapeutică

pe baza informațiilor furnizate de medic. Acesta este una dintre pilonii principali ai relației medic-pacient într-o medicină liberală şi este expresia cea mai clară a respectării autonomiei individuale, adică a dreptului individului de alegere liberă şi de a trai în conformitate cu propriile valori şi principii. În condițiile deplinei încunoştințări şi deplinei exprimări a voinței şi liberei alegeri în ceea ce privește actul medical în urma informării la rece asupra tuturor aspectelor medicale care vor fi efectuate în timpul intervenției şi în același timp a tuturor complicațiilor mai importante, care pot să apară şi a modului de soluționare al lor, este evident ca s-a obținut consimțământul deplin asupra procedurii.

Prin oferirea exhaustivă de informații, atât cu privire la tehnica operatorie, modul de realizare, afecțiunile vizate, comparativ şi cu alte tehnici şi tratamente adresate patologiei prezentate, cu riscurile (dictate în special de specificitatea şi sensibilitatea generice ale fiecăreia dintre metode, dependente însă şi de însăşi starea de fapt real existentă - fondul biologic al pacientului) şi beneficiile fiecăreia dintre aceste direcții posibile, inclusiv oferindu-se informații despre calificările şi experiența profesionala a personalului medical, în fața întregului spectru de informații, către pacient, având la dispoziție şi posibilitatea adresării oricăror întrebări, în funcție de înțelegerea proprie şi necesarul de lămuriri suplimentare, fiind pe deplin informat, acesta şi-a exprimat acordul pentru efectuarea actului chirurgical propus, cunoscând (supra) calificarea personalului medical şi dotarea instituției medicale, asumându-şi chiar şi riscurile implicite ale acesteia, care se pot concretiza dincolo de orice diligență, lipsa de eroare sau dotare, este elocventă respectarea tuturor principiilor etico-deontologice ale profesiei medicale, legislației în vigoare, inclusiv cea vizând drepturile pacientului.

Având în vedere faptul că reclamantul a respectat indicațiile oferite în perioada preoperatorie, inclusiv pe parcursul internării şi în urma consultului pre-anestezic şi a evaluării tuturor investigațiilor şi analizelor efectuate, s-a decis realizarea intervenției chirurgicală la data de 20.04.2021, Însăşi aceasta respectare la acel moment atestă că acesta a beneficiat de informare adecvata, fiind convins de utilitatea şi necesitatea lor.

Cu privire la prezentarea actului chirurgical şi a evoluției, pârâtul a învederat că în data de 16.04.2021 reclamantul s-a prezentat în clinică pentru efectuarea unor investigații complexe în vederea intervenției chirurgicale (consult cardiologie, pneumologic, consult gastroenterologie, analize de sânge, ecografie abdominala şi altele).

Aşa cum s-a stabilit, la data de 20.04.2021, reclamantul s-a prezentat la spital, prezentând întreg spectrul analizelor şi investigațiilor necesare, astfel cum reiese din foaia şi biletul de externare. Diagnosticele au fost corect stabilite raportat la elementele clinice, paraclinice şi imagistice, precum şi evolutive şi la constatările intraoperatorii, acestea nearătând eventuale contraindicații ale efectuării.

Din documentație reiese că, atât anterior, cât şi la momentul internării şi preoperator, pacientul a fost iterativ informat despre riscurile şi complicațiile care pot interveni pe parcursul şi după intervenția chirurgicală. Aceasta intervenție a fost corect indicată statusului pacientului, neexistând nici contraindicații ale abordului minim invaziv laparoscopic: peritonita generalizată, şocul septic, pancreatita acută, ciroza hepatică, hipertensiunea portală, fistule bilio-intestinale, neoplazii (intervenții ce contraindica abordul laparoscopic) - nici una dintre aceste contraindicații nefiind prezente în cazul de față.

Experiența echipei chirurgicale a pârâtului este supraspecializată în chirurgie minim invazivă avansată (care include chirurgia bariatrica), cu o experiență de peste 10 ani în aceste tipuri de intervenții. De asemenea, a prezentat supraspecializari în chirurgie oncologica şi heato-bilio-pancreatica. Pârâtul efectuează anual peste 1000 de intervenții bariatrice, fiind unul dintre cei mai experimentați chirurgi bariatrici atât la nivel național cât şi mondial, acreditat Master burgeon în Chirurgie Bariatrica (Chirurg de excelență) de către Surgical Review Corporation, organizație din Statele Unite ale Americii, în 2023 primind o a doua acreditare de excelență în Chirurgie Bariatrica Revizionala (Master Surgeon in Revisional Bariatric Surgery), fiind primul chirurg din Europa care a primit aceasta distincție importantă. Prezentei s-au ataşat diplome care atesta cele mai sus menționate.

Intervenția, pe cale de abord laparoscopic, cu anestezie generală, cu intubație oro-traheală, a decurs fără incidente din punct de vedere tehnic şi chirurgical, însă pacientul (deşi evaluat cardiologic preoperator) a prezentat tensiuni mari în timpul intervenției, greu de controlat. Astfel de incidente pot surveni şi sunt cauzate de obezitatea avansată a pacientului (generatoare a hipertensiunii arteriale), nu de către o tulburare de panică (după cum a invocat pacientul: în timpul intervenției pacientul este sub anestezie profundă, stările emoționale fiind abolite). Imediat după intervenție pacientul a fost plasat sub o supraveghere foarte atentă, repetându-se consulturile cu cardiologul şi monitorizând enzimele cardiace, ce au relevat instalarea intraoperatorie a unui eveniment coronarian acut, pe fond de puseu hipertensiv survenit intraanestezic. Din acest motiv s-a decis că pacientul are nevoie de investigații suplimentare, pentru tratarea prompta, în special în aria investigării (şi corectării unor eventuale anomalii) vaselor de sânge ale inimii, fiind transferat la clinica P din Sibiu şi având parte şi de un consult cu nutriționistul-dieteticial al clinicii.

Față de prezentarea lipsei de complianță a pacientului la recomandările postoperatorii/la externare, pârâtul a susținut că după consultul cu medicul nutriționist- dietetician, în urma căruia şi-a asumat îndrumările, viitoarele controale şi analize, precum şi după discuția dinaintea externării dintre medic-pacient, pacientul nu s-a prezentat la primul consult, iar după două luni de la intervenție, a relatat că nu respectă indicațiile şi nu se alimentează corect, urmând ca după primele trei luni să anuleze consultul în ultimul moment. Discuțiile au fost purtate, după cum a reiterat, între acesta şi soția sau mama reclamantului.

Deşi în luna august revine în țară, dl. O nu l-a contactat nici pe dl. dr. D , nici clinica, chiar dacă, în urma investigațiilor pluridisciplinare medicale se constataseră deja complicații şi primise tratament. Pacientul l-a contactat pe dl. dr. abia în luna Octombrie 2021, la şase luni de la intervenție, iar în urma analizelor de control s-a constat inevitabilul: deficite severe nutriționale (deficit de proteine si deficit de vitamine, printre care şi B12) şi consecințele lor, apărând şi primele simptome de neuropatie. Reclamantul nu a relatat că ar avea probleme de alimentație, doar ca nu se poate ține de un orar şi că nu ii place să mănânce carne; atunci i s-a explicat că dacă nu reuşeşte să se echilibreze, trebuie luată în discuție revizia bypass-ului, acest fapt fiind reiterat şi în data de 9 noiembrie. Cu toate acestea, în ciuda agravării evidente şi inexorabile a stării sale de sănătate, a amânat prezentarea la consult şi nici nu a menționat o eventuală urmare a tratamentelor necesare, recomandate în luna octombrie/noiembrie 2021, fiind diagnosticat cu polineuropatie prin deficit nutrițional în luna februarie 2022. Timp de alte şase luni, pana în luna mai 2022, pacientul a întrerupt orice tip de comunicare.

Dacă pacientul ar fi urmat îndeaproape indicațiile, s-ar fi alimentat corespunzător din start, sau/şi ar fi acceptat indicația unei intervenții pentru ajustarea bypass-ului, s-ar fi evitat instalarea şi agravarea neuropatiei. Primele luni sunt cruciale, iar pacientul a fost aproape imposibil de contactat sau de îndrumat. Nu a respectat nimic din indicațiile legate de alimentație şi conținutul ei.

În septembrie 2022 a beneficiat de o procedura de montare a unui cateter în intestin (jejunostoma) prin care s-a alimentat şi a reuşit să se recupereze în buna parte din deficitele sale. Aşadar, această intervenție s-a efectuat abia la un an de la momentul în care însăşi medicul reclamat îi propusese să ajusteze derivația gastro-intestinală, pentru a evita agravarea neuropatiei. S-a dovedit că bypass-ul inițial a fost făcut corect şi că ajustarea nutriților a avut un efect rapid şi benefic.

Cu privire la prezentarea complicației neurologice, pârâtul a învederat că incidente şi reacții adverse ale tratamentelor medicale/chirurgicale pot surveni în orice schemă terapeutică, tehnică sau la orice pacient, neputând fi prevăzute sau certificate neconcretizate într-un caz particular, putând fi oferite doar date statistice. Pentru cazuri punctuale, analiza cauzelor care au condus la concretizarea acestor incidente cunoscute şi citate poate sau nu să identifice factori cu valoare favorizantă/circumstanțială în geneza lor. A menționat că în mod explicit pacientul fost informat despre posibilitatea apariției unor incidente, cu enumerarea punctuală doar a celor mai frecvent citate în literatură ca fiind asociate acestei tehnici chirurgicale, dar şi asupra faptului că unele dintre situații pot fi cu caracter inedit, impredictibile, pacientul asumându-şi sub semnătură aceasta informare clară.

Suplimentele de vitamina B12 orale sau intramusculare pe tot parcursul vieții şi suplimentele cu fier, vitamina B, folat şi calciu, sunt recomandate pentru a evita afecțiunile specifice de deficit de nutrienți.

Este mai mult decât evident că tocmai aceste posibile incidente/complicații (care fac obiectul însăşi selecției pacienților şi al efectului intrinsec al tehnicii chirurgicale) sunt cele mai intens şi iterativ prezentate pacientului. În condițiile constituite în cazul de față, prin practicarea unei intervenții recomandate, fără constituirea unor contraindicații sau riscuri suplimentare celor indisolubile practicării actului anestezico-chirurgical, iar concretizarea tardivă a unuia dintre acestea a apărut în absența oricărei deficiente de tehnică chirurgicală, exclusiv pe fondul unei necolaborări a pacientului, a lipsei sale de aderență la recomandările de urmărire şi tratament/nutriție în perioada postoperatorie, în ignorarea flagrantă a indicațiilor medicale, chiar şi la momentul în care apăruseră semnele incipiente ale complicației malabsorbtive, care ar fi putut beneficia de instituirea prompta şi optima a tratamentului cu asigurarea reversibilității şi înlăturării ei.

Orice act medical, oricât de anodin şi comun poate părea, implică riscuri în medicină, expresie a limitelor de dezvoltare a științelor medicale şi tehnologiilor adjuvante, dar şi reactivității imprevizibile a biologicului şi variațiilor individuale anatomo-topografice asociate modificărilor generate de patologie, de bază sau asociată. Beneficiul unui act medical nu se câştigă exclusiv dintr-o singura etapa a acestuia (aşa cum pacientul a apreciat, aparent întreaga sa viață, că actul chirurgical este o unică fațetă a tratamentului obezității, care îl degrevează de orice alte necesitați de a co-participa în stabilizarea şi menținerea beneficiului). Schema terapeutică a obezității maligne este pluridisciplinară, stadială şi prelungită, implicând de necesitate colaborarea stricta a pacientului.

În condițiile în care pacientul cunoaşte posibilitatea apariției unei complicații - fără a fi posibilă, în medicina prezentarea punctuală şi distinctă a tuturor complicațiilor posibile asociate unui act medical - şi acceptă acel tratament, atunci se consideră că medicul a procedat corect din perspectiva legală şi etică, luându-şi măsurile specifice de diligență în scopul reducerii riscului de concretizare al acestora. Prin oferirea exhaustivă de informații, atât cu privire la afecțiune, evoluția acesteia, cu şi fără tratament sau sub o anumita linie terapeutică, cu riscurile şi beneficiile fiecăreia dintre aceste direcții posibile, prin oferirea propunerii sale profesionale şi plasarea deciziei finale, în fața întregului spectru de informații, către pacient, care pe deplin informat şi-a exprimat acordul pentru soluția terapeutica propusă, cunoscând (supra) calificarea personalului medical şi dotarea instituției medicale, asumând-şi şi riscurile implicite ale acesteia, imediate şi/sau tardive, care se pot concretiza dincolo de orice diligență, lipsă de eroare sau dotare aparținând medicului/unității medicale, este elocventă respectarea tuturor principiilor etico-deontologice ale profesiei medicale, legislației în vigoare, inclusiv cea vizând drepturile pacientului.

Semnarea formularea de consimțământ - Fişa de Acord a pacientului informat, atestă şi forma - informarea prealabilă, aspecte cvasi - comunicate şi cunoscute pacientului, pe fondul informării exhaustive pe parcursul mai multor săptămâni, dar şi preoperator, ce aparține intim noțiunii de obținere a consimțământului informat, liber asumat, reprezintă în contextul mai sus prezentat, îndeplinirea riguroasa şi deplină a obligațiilor legale şi dantologice, în care a obținut în mod concret şi consfințirea scriptica, prin semnarea olografa de către pacient a formularului tip, a acestor largi şi prelungite demersuri de informare completă.

Rolul actului operator (în cadrul procesului de stabilire a raportului de cauzalitate a fiecăruia dintre factorii cu valoare de cauză, condiție sau circumstanța mai sus arătat) în acest caz, pe baza datelor existente, nu poate fi susținut, complicațiile dezvoltate de pacient aparținând necompensării de către pacient (deşi primise în mod iterativ indicații, inclusiv cu statut de imperiozitate) a efectelor adverse ale malabsorbției induse chirurgical (acesta fiind însăşi principiul fiziopatologic urmărite în cura obezității pacientului). Acest tip de incident nu poate fi prevenit în absența compensării sine die - a la long (cu alură intensiva în primul an postoperator) de către pacient a deficitelor nutriționale pe care le asociază malabsorbția indusă de chirurgia bariatrică derivativă, al cărui efect a survenit în mediul ambulator, la distanța de la intervenția chirurgicală, fără a fi rapid şi corect

soluționat de către pacient, pierzându-se astfel momentul oportun de reversibilitate rapidă, ce putea fi prompt şi eficient atins, înaintea instalării oricăror forme de dezechilibru/complicații neurologice.

Având în vedere buna-credință şi conştiinciozitatea profesională de care medicii au dat dovadă, în coroborare cu faptul că nu au fost relevate elemente care să impună o altă conduita medicală în ansamblul ei, a opinat că nu există elemente obiective care să poată susține abateri de la normele medicale. Au fost îndeplinite obligațiile de diligență şi prudență, de sârguință, zel, promptitudine şi competență, întrucât a fost aleasa calea de tratament cea mai adecvata cazului, pentru care deține deplină competență şi pregătire atestate profesional, cu privire la un pacient corect şi complet investigat. Conform principiului fundamental de analiză a oricărui caz de incriminare a unei deficiențe în acordarea îngrijirilor medicale - principiul Bolam a opinat că în acest caz nu se pot reține deficiențe în acordarea îngrijirilor medicale.

Cu privire la precizările referitoare la acuzele punctuale ale pacientului, pârâtul a menționat că în cuprinsul cererii de chemare în judecată - pag. 3/12 pct. 7 şi 8 reclamantul a eludat cu nonşalanță toate discuțiile anterioare pe care le-a purtat telefonic şi electronic; a ignorat să menționeze primirea unui material elaborat de informare prin corespondentă electronica; nu a evocat şi multiplele discuții pe care le-a purtat cu ceilalți medici cu care a interacționat pe parcursul evaluărilor preoperatorii; a făcut afirmații contrare însăşi conținutului actelor medicale – a se vedea examenul psihologic. Aşadar, acuza sa privind o presupusă neinformare preoperatorie este lipsită de sustenabilitate, fiind contrazisa de o pleiadă foarte largă de date contrare. De asemenea la pct. 9 a evocat un puseu hipertensiv instalat preoperator, fără a menționa însă că inițierea actului anestezico-chirurgical a avut loc doar după echilibrarea pacientului - după cum elocvent reiese din însăşi Fişa de anestezie în care se remarca facil valorile normale ale tensiunii arteriale la debutul intervenției şi apariția unui nou puseu hipertensiv abia pe parcursul acesteia.

Referitor la pag. 4/22 pct. 11 din acțiune, reclamantul a apreciat că fiind un element de culpabilizare a cadrelor medicale statusul postoperator care impune protecția tubului digestiv, prin evitarea consumului postoperator de alimente solide, refuzând să accepte că un act medico-chirurgical nu aparține minunilor curative cu efecte instantanee, refuzând să accepte că regimul alimentar este o parte esențiala a curei obezității, că această stare de fapt privind regimul semisolid / lichidian a făcut parte din îngrijirile postoperatorii după fiecare dintre intervențiile chirurgicale anterioare de care a beneficiat. La pct.12 a ignorat a menționa că a fost informat despre sindromul dumping ca efect al chirurgiei bariatrice derivative, ca parte integrantă a mecanismelor ce asigura scăderea în greutate, relatând doar degradarea stării generale, fără precizarea însă a cauzelor acesteia: lipsa sa totală de complianță la recomandările medicale, singur recunoscând că timp de un 1 an de zile starea sa s-a agravat, fără însă a fi tentat să o corecteze, măcar prin apelarea la medicul său. În cele ce urmează, la pct. 13 a apreciat, cu un simplism contrar flagrant stării de fapt şi severității afecțiunii sale, că recomandarea de a îşi injecta vitamine a fost singura primita, ignorând a menționa: momentul foarte tardiv în care a cerut sfatul medical; ignorarea până la acel moment a recomandărilor; solicitările iterative de a se investiga şi de a fi examinat; recomandările primite în luna august la spitalul SF. Gheorghe; pacientul a jonglat cu cronologia evenimentelor (coroborând pct. 13 şi 14 ale cererii de chemare în judecată), s-a adresat medicului chirurg în luna octombrie abia, prezentarea la Spitalul Sf. Gheorghe fiind în luna august; deşi a recunoscut o agravare progresivă, reclamantul a eludat să arate care au fost demersurile sale proprii în a se investiga/trata, aceste demersuri debutând, în fapt, abia în luna februarie 2022.

Cu privire la pag. 5/12 pct. 17 din acțiune, pacientul a refuzat să amintească că a primit o indicație similară din partea pârâtului în luna octombrie 2021, aşadar cu zece (10) luni anterior, care, daca i-ar fi dat curs, ar fi blocat evoluția spre starea gravă constatată în august 2022, respectiv ar fi asigurat reversibilitatea absoluta a manifestărilor de neuropatie incipientă prezente în luna octombrie 2021.

În următoarele pagini, făcându-se trimitere la fapta ilicită şi lipsa acordului informat, a arătat că reclamantul a ignorat sau are amnezia momentelor în care a beneficiat de informare, documentația multipla, bogată, multidisciplinară, succesiv obținută şi asumata de pacient prin semnătură, atestând indubitabil respectarea întregului spectru de obligații etico-deontologice şi

legale privind informarea pacientului, relația medic-pacient şi obținerea acordului pacientului informat pentru actul medico-chirurgical complex propus şi care a fost practicat doar după informarea şi delegarea de către pacient a personalului medical în această direcție; tot odată a refuzat să accepte că prejudiciul generat este în totalitate şi exclusiv generat de lipsa sa de complianță la recomandările şi indicațiile medicale.

Reclamantul idealizează absurd posibilitatea consemnării scriptice a tuturor riscurilor şi complicațiilor, norma etico-deontologică făcând vorbire despre discutarea celor mai frecvente şi grave, fiind cvasiimposibilă parcurgerea tuturor acestora, spectrul fiind, teoretic, extins la întreaga Medicină, indiferent de pacient şi caz (echimoză la locul de injectare, durere abdominală la administrarea de aspirină, decapsulare splenică la manipularea aderentelor perigastrice, sepsis, escară, reacție anafilactica etc.)

Față de legătura de cauzalitate invocată de către reclamant în acțiune, a evidențiat că aceasta este de tip proxima causa, contrară principiilor moderne ale cauzalității adecvate sau ale ascensionării către sistemul unității indivizibile dintre cauză şi condiții (între cauza principală şi condiții este o unitate indivizibilă, raportul de cauzalitate cuprinzând nu numai faptele care constituie cauza necesară şi directă, ci şi condițiile cauzale, fapte care au făcut posibilă acțiunea cauzei sau i-au asigurat ori agravat efectele dăunătoare). Reclamantul a ignorat a menționa ruperea acestei legături de cauzalitate prin: scopul intrinsec al intervenției - însăşi crearea unui sindrom de malabsorbție; cauza stării sale este acest sindrom de malabsorbție, dar ale cărui consecințe nefavorabile nu au fost corectate; instalarea şi evoluția complicațiilor malabsorbției sunt exclusiv generate de lipsa de complianță a pacientului la indicațiile şi recomandările medicale, corecte, adecvate, adaptate şi prompte.

În ceea ce priveşte aplicarea condițiilor răspunderii civile delictuale în prezenta speță, reluând alegațiile reclamantului din cererea de chemare în judecată şi având în vedere cele mai sus expuse, pârâtul a făcut, următoarele aprecieri concluzive: din punct de vedere juridic nu ne regăsim în situația aplicării răspunderii civile delictuale, nefiind aplicabile condițiile necesare unei astfel de răspunderi, prevăzută de dispozițiile art. 1349 Cod Civil; susținerile sunt inexacte, informațiile fiind extrapolate de la faptele şi filmul evenimentelor reale, în mod tendențios şi speculativ, aspect cu atât mai surprinzător cu cât vin de la o persoana ce a beneficiat de o interacțiune bogată cu personal medical, fiind realizată o informare exhaustivă asupra procedurilor medicale, pe fondul adresabilității repetate pentru servicii medicale; pacientul, practic, a negat etapele informării şi obținerii consimțământului informat.

Lipsa faptei ilicite, a culpei în prestarea actului medical şi lipsa raportului de cauzalitate între actul medical incriminat şi rezultatul pe care reclamantul l-a susținut că l-a suferit, sunt aspecte dovedite prin probele administrate, astfel că în nici un moment reclamantul nu a făcut dovada existenței faptei ilicite. Prejudiciul ca element esențial al răspunderii civile medicale constă în rezultatul negativ suferit de pacient, în calitate de utilizator de servicii medicale, ca urmare a faptei ilicite săvârşită de persoana fizică sau juridică prestatoare de servicii medicale; trebuie să fie rezultatul încălcării unui drept subiectiv sau a lezării unui interes apropiat în conținut de un adevărat drept subiectiv.

Pentru stabilirea raportului de cauzalitate între fapta ilicită medicală şi prejudiciu este necesar a se stabili, pe baze ştiințifice, toate corelațiile dintre fapte şi împrejurări, reținându-se în câmpul cauzal doar acelea care au o contribuție directă sau indirectă, mediată sau nemijlocită la producerea prejudiciului şi care fac posibilă identificarea cauzelor principale, secundare, interne, externe, concomitente (congruente sau asociate) şi condițiilor care au mediat acțiunea cauzelor. Raportul de cauzalitate al genezei stării de sănătatea actuale invocate se afla sub imperiul concretizării unei stări de fapt (malabsorbție) asociată implicit însă tipului de act chirurgical practicat, arhicunoscut lumii medicale şi care reprezintă, în fapt, însăşi principiul fiziopatologic pe care îşi bazează eficiența, aparținând însăşi scopului - inerent constituit prin strategia chirurgicală aplicată - acestui tip de act medico-chirurgical. Întreg cazul se află sub spectrul caracteristicilor, aproape superpozabile noțiunilor didactice şi teoretice, ale coparticipării pacientului în geneza rezultatului final, prin necomplianta sa la recomandări şi la tratament propuse în perioada postoperatorie, prin

tergiversarea sine die de către acesta a cuplării efectelor adverse odată apărute, dincolo de pragul reversibilității absolute. Starea actuală a reclamantului aparține unor complicații postoperatorii cunoscute practicii medicale, a cărei concretizare excede posibilităților absolute de prevenție în absența coparticipării pacientului la planul terapeutic, acesta fiind mai complex, nelimitându-se doar la actul operator.

Vinovăția ca element subiectiv al răspunderii trebuie analizată prin specificul răspunderii medicale ce decurge din particularitățile acestei profesii şi din caracteristica actului medical. Analizând îndeplinirea condițiilor imperative impuse de lege pentru antrenarea răspunderii civile, s-a reținut că în prezenta speța nu se regăsesc - aşadar, este elocvent că nici unul dintre criteriile de mai sus nu este incident în cazul de față.

Totodată, din perspectiva atragerii răspunderii civile delictuale, pârâtul a precizat că medicul este debitorul unei obligații de mijloace, şi nu a unei obligații de rezultat, astfel că în ipoteza în care personalul medical a respectat toate procedurile medicale impuse de legislație şi de ghidurile medicale, fapt confirmat de întreg probatoriu administrat în cauză, nu suntem în cazul prevăzut de art. 653 din Legea nr. 95/2006 privind Reforma în domeniul sănătății – republicată. Caracteristica obligației de prudență şi diligenta (a obligației de mijloace) este aceea că obligația debitorului nu constă în îndatorirea precizată de la început de a atinge un anumit rezultat determinat, ci în îndatorirea sa de a depune toată diligența necesara pentru ca rezultatul dorit să se realizeze.

Sub aspectul acordării daunelor solicitate de către reclamant, pârâtul învederează că suma de 238.574 Euro, nu se poate acorda, motivat de faptul că în prezenta cauză nu ne regăsim în situația unei culpe medicale generata de pârâți, ori a vreunui caz de malpraxis, pentru motivele anterior expuse. Prin acordarea daunelor morale ne regăsim în ipoteza unei îmbogățiri fără justă cauză, cuantumul acestora fiind exagerat şi neputând fi imputabil pârâtului. A apreciat că acestea sunt nedovedite, art. 1391 Cod civil fiind cel care reglementează repararea prejudiciului nepatrimonial, iar pentru constatarea acestuia, Înalta Curte de Casație si Justiție a statuat că trebuie avute în vedere caracterul şi importanța valorilor nepatrimoniale lezate, situația personala a victimei, ținând cont de mediul social din care victima face parte, educația, cultura, standardul de moralitate, personalitatea şi psihologia victimei, circumstanțele săvârşirii faptei, statutul social etc.

Astfel, sumele solicitate de către reclamant prin prezenta acțiune (238.574 euro, 17.670,44 lire sterline, 33.940 lei, 2.475 + 895 lire sterline prestație bănească periodică lunară) nu pot fi reprezentarea reală - expresie pecuniara a întinderii prejudiciului moral şi material suferit de către reclamant, şi nu este de natură a reflecta dezdăunarea integrala a reclamantului pentru gravele atingeri aduse drepturilor sale nepatrimoniale, cum sunt dreptul la integritatea corporala şi a sănătății, respectiv dreptul de a dispune asupra modului său obişnuit de viață, potrivit vârstei, stării depline de sănătate şi pregătirii profesionale. Pe cale de consecința, se impune respingerea daunelor solicitate, iar în eventualitatea admiterii acțiunii, reducerea substanțială a cuantumului acestora.

În probațiune a depus înscrisuri şi a solicitat încuviințarea probei cu expertiza medico-legală. De asemenea a solicitat depunerea tuturor actelor medicale adiacente intervențiilor chirurgicale anterioare anului 2021, în scopul documentarii statusului preexistent, dar şi al demonstrării (ne)aderenței pacientului la indicațiile medicale primite cu acele ocazii; fişa medicală individuală a pacientului aflată în custodia medicului său de familie - pentru a documenta întreaga evoluție a stării de sănătate, a tratamentelor recomandate; totalitatea actelor medicale - in extenso - întocmite pacientului în cadrul Spitalului Sf. Gheorghe în luna august 2021 şi octombrie 2021 pentru a documenta starea de la acel moment, indicațiile primite precum şi tratamentul administrat şi recomandat pacientului; expertiza medico-legală ale cărei obiective suplimentare le va formula după luarea la cunoştința a documentației de mai sus;

În drept şi-a întemeiat susținerile pe dispozițiile din Legea nr. 95/2006, Codul Deontologic al Colegiului Medicilor din România, 1357,1382 şi următoarele.

Prin cererea de chemare în garanție formulată, pârâtul D a solicitat obligarea societății ***G R A R S.A.,*** în calitate de asigurător la plata despăgubirilor ce îi vor fi imputate în cazul căderii în pretenții solicitate de către reclamantul O A I , precum şi la plata cheltuielilor de judecată.

A învederat că între pârât şi societatea G R A R SA a fost încheiat contractual de asigurare de răspundere civilă profesională prin intermediul căruia a fost emisă polița de asigurare de răspundere civilă nr. în data de 01.01.2021, pentru o perioadă de asigurare cuprinsă între data de 01.01.2021 şi până la data de 01.01.2022, în speță fiind aplicabile dispozițiile Legii 136/1995 şi ale Codului civil, natura.

În drept a invocat dispozițiile art.72 din Cod de procedura civil şi Legea nr.136/1995.

În probațiune a depus înscrisuri.

Prin întâmpinarea depusă la data de 29.04.2024, pârâta G C S.A. a solicitat respingerea cererii de chemare în judecată ca neîntemeiată, în esență susținând aceleași apărări precum pârâtul D V

În probațiune a depus înscrisuri şi a solicitat încuviințarea probei cu expertiza medico-legală, precum şi documentele solicitate de către medicul pârât prin întâmpinare.

În drept şi-a întemeiat susținerile pe dispozițiile din Legea nr. 95/2006, Codul Deontologic al Colegiului Medicilor din Romania, 1357,1382 şi urmat.

Prin cererea de chemare în garanție formulată, pârâta G C S.A. a solicitat obligarea societății ***O I G S.A***., în calitate de ASIGURĂTOR la plata despăgubirilor ce vor fi imputate în cazul căderii in pretenții în dosarul sus-menționat, despăgubiri solicitate de către reclamantul O A I , precum şi obligarea acesteia la plata cheltuielilor de judecata, având în vedere polița de asigurare de răspundere civila seria nr. , emisă în data de 27.05.2020, pentru o perioadă de asigurare cuprinsă între data de 01.06.2020 şi până la data de 31.05.2021, încheiată în baza contractului de asigurare de răspundere civila profesională încheiat între aceasta şi societatea asiguratoare, în speță fiind aplicabile dispozițiile Legii nr. 136/1995 şi ale Codului civil.

În drept a invocat dispozițiile art.72 din Cod de procedura civil şi Legea nr.136/1995.

În probațiune a depus înscrisuri.

Prin cererea depusă la data de 17.05.2024, reclamantul O A I a solicitat admiterea în principiu a cererilor de chemare în garanție formulate de pârâții D V şi G M C SRL, având în vedere că aceştia ar putea să se îndrepte pe temei contractual împotriva chemaților în garanție.

În drept a invocat prevederile art. 72 din Codul de procedură civilă şi art. 2199 din Codul civil.

Prin întâmpinarea depusă la data de 31.05.2024, chemata în garanție O I G S.A. a solicitat respingerea cererii de chemare în judecată ca neîntemeiata; a solicitat ca G M C S.R.L. să depună la dosarul cauzei dovada raporturilor contractuale încheiate între medicii acuzați de actul de malpraxis şi unitatea spitalicească, pentru a se putea stabili cu exactitate dacă medicii erau prepuşii spitalului la data producerii faptelor culpabile.

În esență a arătat că în ceea ce privește răspunderea delictuala a acestui pârât nu sunt îndeplinite cumulativ condițiile răspunderii civile delictuale.

A învederat că la data primirii cererii introductive - 03.04.2024, asiguratul G M C SRL deținea polița (coasigurat) cu perioada de valabilitate 04.08.2023-03.08.2024 cu perioada de răspundere anterioara de 36 luni (începând cu 04.08.2020) astfel că data daunei 20.04.2021 este cuprinsă în perioada de răspundere anterioară poliței . Suma asigurată combinată pe poliță este de 500.000 EUR/eveniment/perioadă cu o sublimită daune morale de 30.000 EUR/eveniment şi 60.000 EUR/pentru întreaga perioadă asigurată; fransiza este de 100.000 EUR/eveniment. Cu privire la limita de răspundere asumată, polița de asigurare de răspundere civila seria mai sunt avizate alte 2 dosare de daună, iar în cazul în care se constată temeinicia cererii de chemare in garanție, trebuie avut în vedere că limita de răspundere pentru daunele morale este de 30.000 euro; prin admiterea cererii de chemare în garanție pentru întreaga sumă asigurată s-ar atinge limita de răspundere a asigurătorului.

În drept şi-a întemeiat apărarea pe condițiile de asigurare privind asigurarea de răspundere civilă profesională - Condiții Generale şi Asigurarea de răspundere civilă a personalului medical, a

unităților sanitare şi a furnizorilor de produse si servicii medicale şi Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

În probațiune a depus înscrisuri.

La data de 07.06.2024, G R A R SA a depus întâmpinare prin care a solicitat admisibilitatea în principiu a cererii de chemare in garanție formulată de pârâtul Dr. D V , având în vedere faptul că dl. doctor a încheiat la G R A R SA polițele de răspundere civila profesională (Malpraxis) a cadrelor medicale şi a farmaciştilor : nr. din data de 06.12.2020 pentru perioada 01.01.2021 - 01.01.2022 - eveniment nr. din data de 23.11.2023 pentru perioada 01.01.2024 - 01.01.2025 – notificare.

Urmare prezentei cereri de chemare în garanție a deschis şi va instrumenta dosarul de daună , în cadrul căruia vor fi analizate pretențiile formulate de către reclamant, aceste polițe de asigurare fiind valabile pentru riscul asigurat - notificarea de daună/cererea de chemare în judecată formulată de către acesta. Polița de asigurare care este incidentă în cazul unui act de malpraxis este în vigoare de la data formulării/notificării pentru prima dată în scris a pretențiilor de despăgubire de către pacient, iar compania de asigurări care trebuie chemată în garanție este compania care a emis această poliță; prin urmare, polița de asigurare emisă la data de 23.11.2023 este incidentă în cauză, iar limita maximă de despăgubire pentru daune materiale şi daune morale: 100.000 euro

În subsidiar, în situația în care se va face dovada faptului că asiguratul este ținut sa răspundă pentru erori medicale comise, fiind probată culpa/neglijența acestuia, urmare a admiterii cererii de chemare în garanție şi obligarea chematei în garanție la plata obligațiilor cu titlu de daune materiale şi morale, proporțional cu gradul de culpă reținut în sarcina acestuia, având în vedere solicitarea de obligare în solidar a pârâților la plata despăgubirilor, precum şi în limitele prevăzute de polița de răspundere civilă profesională a cadrelor medicale şi a farmaciştilor invocată.

În probațiune a depus înscrisuri.

În drept a invocat art. 205 alin. 2 din Codul de Procedură Civilă.

Prin notele de şedință depuse la data de 25.09.2024, chemata în garanție O I G SA a învederat faptul că pe polița de asigurare sunt avizate 3 dosare de daună, respectiv: – solicitat 238.574 euro daune morale; 33.940 lei; 17.670,44 lire sterline daune materiale şi 2.475 lire sterline prestație periodică lunară; dosar daună – solicitat 500,000.000 euro daune morale şi 15,000.000 euro daune materiale şi dosar de daună solicitat 10.000,000 euro daune materiale. Prin admiterea cererii de chemare în garanție pentru întreaga sumă asigurată (30.000 euro daune morale) s-ar atinge limita de răspundere a asigurătorului, astfel că cererea de chemare în garanție din dos. nr. şi cererea de despăgubire pe amiabil din dosarul de daună ar urma să fie respinse întrucât limita de răspundere a fost deja atinsă în prezenta cauză. Unitatea medicală nu răspunde în solidar cu personalul medical în situația în care acesta din urmă nu era angajatul unității medicale, astfel ținând cont şi de raportul de prepuşenie prevăzut de art. 1373 Cod Civil, a solicitat admiterea excepției lipsei calității procesual pasive a pârâtei G M C SRL şi implicit a chemate în garanție.

Sub aspectul probatoriului, a fost încuviințată proba cu înscrisuri, martori şi expertiza medico-legală.

Prin adresa depusă la data de 09.05.2025, SJML Arad a pus în vedere necesitatea cooptării a trei experți medicali în specialitatea chirurgie generală, gastroenterologie şi neurologie, în vederea efectuării referatelor medicale de specialitate. În urma notificării cu privire la cele puse în vedere de către SJML Arad, reclamantul a precizat că este de acord cu numirea celor trei medici specialişti. Au fost desemnați trei experți pentru realizarea opiniilor de specialitate necesare, fiind stabilit de către instanța un onorariu de 2000 lei pentru fiecare dintre aceştia, în sarcina reclamantului. Cu privire la onorariu, reclamantul a depus note de şedință apreciind că tariful aplicabil este de 63 lei.

Ca urmare a refuzului de achitare a onorariului stabilit pentru experții medicali, reclamantul a fost decăzut din dreptul de administrare a probei cu expertiza medico-legală.

Prin concluziile scrise depuse de către pârâtul D la data de 24.02.2026, acesta a solicitat respingerea cererii de chemare în judecată ca fiind nefondată.

A învederat că prin acțiune reclamantul a negat etapele informării şi obținerii consimțământului pacientului informat, iar cu ocazia dezbaterii fondului s-a încercat acreditarea ideii că modalitatea în care s-a obținut consimțământul ar fi fost ineficientă; pentru a-şi întări susținerea a făcut trimitere la una dintre întrebările adresate medicului pârât cu privire la informarea că riscul de complicație este mai mare cu ocazia efectuării intervenției. În legătură cu aceasta, nu se poate susține în mod întemeiat întrucât este extras din context faptul că discuția de ½ minute ar echivala cu un consimțământ viciat şi/sau incomplet având în vedere că discuția era doar o parte din întreaga procedură de informare a pacientului, iar pe de altă parte în acest interval de timp s-au punctat complicațiile care puteau surveni.

Trebuie observat că reclamantului i s-au comunicat manualul şi acordul prealabil, precum şi un acord suplimentar care nu era prevăzut de lege, în care a fost precizată fiecare complicație în parte, pacientul fiind pus să semneze în dreptul fiecărui paragraf.

A făcut trimitere şi la răspunsul la întrebarea nr. 2 cu privire la motivul pentru care nu este indicat sindromul malabsorbției pe formularele semnate de pacient; în acest sens reiterează faptul că pacientul a dezvoltat un deficit acut de vitamina B12, care netratat la timp ori tratat necorespunzător s-a agravat. Mai mult, acesta nu a urmat indicațiile medicului, a început consumul de toxice (alcool) imediat după intervenție – efect dovedit de scădere a vitaminei B12 şi producere de ulcer gastric, astfel s-a expus suplimentar unor complicații din neglijență şi indolență.

Toate eforturile depuse din partea pârâtului de a-l contacta şi de a-l determina să urmeze cele indicate s-au dovedit a fi complet inutile ca urmare a conduitei reclamantului. Respectarea procedurilor medicale şi eforturile concrete ale pârâtului şi ale personalului medical nu pot să garanteze vreunui pacient un rezultat cert, dat fiind faptul că este vorba de situații în care pacienții înțeleg să ignore/să nu respecte indicațiile primite, precum şi să nu se prezinte la controalele stabilite.

Ca atare, a opinat că nu se regăseşte în situația aplicării răspunderii civile delictuale, nefiind aplicabile condițiile necesare unei astfel de răspunderi prevăzute de art. 1349 Cod Civil. Lipsa faptei ilicite, a culpei în prestarea actului medical şi lipsa raportului de cauzalitate între actul medical şi rezultatul pe care reclamantul a susținut că l-a suferit sunt aspecte dovedite prin probele administrate, reclamantul neprobând existența faptei ilicite.

Cu privire la raportul de cauzalitate, în speță acesta cuprinde atât faptele care constituie cauza necesară şi directă, cât şi faptele care au făcut posibilă acțiunea cauzală care i-au asigurat ori agravat efectele dăunătoare. Pentru stabilirea acestuia era necesar a se stabili, pe baze ştiințifice, toate corelațiile între fapte şi împrejurări. Prin probațiunea administrată nu s-a dovedit existența unui raport de cauzalitate între acțiunile/inacțiunile medicului şi prejudiciul reclamat.

Asupra cauzei, analizând actele şi lucrările dosarului, reține următoarele:

Prin cererea de chemare în judecată, reclamantul a solicitat angajarea răspunderii pârâților pentru încălcarea obligației de obținere a acordului informat al pacientului pentru intervenția de bypass gastric realizată în 20.04.2021.

Mai exact, medicului i s-a reproşat că nu i-a oferit reclamantului în mod direct informații referitoare la riscurile şi consecințele tratamentului propus, unitatea sanitară privată fiind chemată în proces în calitate de comitent.

Astfel, reclamantul a argumentat că trebuiau să-i fie furnizate într-un limbaj simplu informații pertinente privind tratamentul şi riscurile acestuia, lucru ce necesita un contact direct între medic şi pacient. Totodată, consimțământul său nu fusese unul informat întrucât dacă i s-ar fi spus despre riscul de a ajunge în scaun cu rotile nu ar fi ales intervenția medicală, mai exact dacă era informat corect asupra riscurilor de apariție a *sindromului de malabsorbție generală severă şi a complicațiilor neurologice (mielopatie cervicală carențială şi tetrapareza spastică cu predominanța paraparezei*), nu ar fi urmat această cale de tratament a obezității morbide. Acesta a mai indicat că

formularul nu era semnat de medic şi nu cuprinde riscurile şi complicaţiile care au survenit în cazul său, iar manualul transmis anterior operaţiei conţinea termeni tehnici de specialitate pe care nu i-a înţeles.

În drept, potrivit art. 660 din Legea nr. 95/2006 „ (1) Pentru a fi supus la metode de prevenţie, diagnostic şi tratament, cu potenţial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, medic stomatolog, asistent medical/moaşă, conform prevederilor alin. (2) şi (3), *pacientului i se solicită acordul scris*. (2) În obţinerea acordului scris al pacientului, medicul, medicul stomatolog, asistentul medical/moaşa sunt datori *să prezinte pacientului informaţii la un nivel ştiinţific rezonabil pentru puterea de înţelegere a acestuia*. (3) Informaţiile trebuie să conţină: diagnosticul, natura şi scopul tratamentului, *riscurile şi consecinţele tratamentului propus*, *alternativele viabile de tratament*, riscurile şi consecinţele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului."

Conform art. 655 alin. 1 şi 2 din Lg. nr. 95/2006 unităţile sanitare private, în calitate de furnizori de servicii medicale răspund în condiţiile legii civile pentru prejudiciile produse de personalul medical care îşi exercită profesia în unitatea respectivă în baza unui contract de prestări servicii medicale, *în solidar cu acesta*.

Totodată, art. 653 alin. 5 prevede că „Personalul medical răspunde civil şi pentru prejudiciile ce decurg din nerespectarea reglementărilor prezentului titlu privind confidenţialitatea, *consimţământul informat* şi obligativitatea acordării asistenţei medicale."

Cu privire la acesta, conform art. 6 din Legea nr. 46/2003 „ Pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervenţiilor medicale propuse, *a riscurilor potenţiale ale fiecărei proceduri,* a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului şi nerespectării recomandărilor medicale, precum şi cu privire la date despre diagnostic şi prognostic."

De asemenea, informaţiile se aduc la cunoştinţă pacientului într-un limbaj respectuos, *clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate*, pacientul având dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat şi de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său. (art. 8-9).

Ca atare, în ceea ce priveşte problema consimţământului informat al pacientului, se poate determina faptul că ceea ce i se datorează acestuia este o informare cu privire la riscurile potenţiale frecvente, grave şi previzibile în mod normal, iar termenii utilizaţi trebuie să permită înţelegerea şi asumarea riscurilor tratamentului/intervenţiei. Sarcina probei este a medicului care trebuie să demonstreze o informare reală a pacientului şi că a asigurat acestuia un anumit răgaz de gândire şi posibilitatea adresării eventualelor neclarităţi. Totodată, trebuie luată în calcul probabilitatea ca pacientul informat corect să fi refuzat tratamentul, precum şi dacă intervenţia era una indispensabilă, singura de natură să îmbunătăţească starea acestuia.

În speţă, din probele administrate, rezultă că reclamantul nu se afla la prima intervenţie bariatrică, operaţia din aprilie 2021 (obiectul litigiului) fiind precedată de alte două, una în 2009 pentru inel gastric, iar alta în 2016 când a fost supus unei intervenţii de tip Gastric sleeve. Ca atare, reclamantul nu era la primul contact cu tipul de tratament, ceea ce implică faptul că era deja familiarizat, într-o anumită măsură, cu tehnicile şi ce complicaţii/riscuri presupuneau acestea.

Totodată, din interogatoriul administrat reclamantului a rezultat că acesta a studiat tipul de intervenţie nou propus şi a citit *Manualul pacientului bariatric* ce conţinea informaţiile legate de intervenţia de bypass gastric pentru care fusese programat (transmis cu mai mult de o lună anterior – 06.03.21, f. 433), precum şi că i se spusese faptul că absorbţia va fi mai mică ca efect al acestui tip de operaţie. Reclamantul a recunoscut şi că a discutat telefonic cu medicul despre ce presupune intervenţia înainte de a ajunge la spital. Prin urmare, chiar dacă contactul nu a fost (de data aceasta) în persoană, iar discuţia s-a desfăşurat telefonic, nu se poate concluziona că informarea nu a fost una efectivă, reală, fiind necesar a fi avute în vedere circumstanţele părţilor, anume că pacientul şi medicul erau deja familiarizaţi unul cu celălalt, reclamantul locuia în Marea Britanie, iar problematica intervenţiilor bariatrice/antecedentele medicale ale pacientului erau deja cunoscute.

Cele afirmate de către reclamant au fost confirmate şi de către pârâtul - medic care a arătat că la primul consult telefonic cu pacientul i-a explicat că de data aceasta va trebui să fie mult mai responsabil, discuţii fiind purtate inclusiv cu mama şi sora pacientului, toată familia fiind informată.

Astfel, acesta a indicat că s-a asigurat că pacientul a avut datele necesare cu suficient timp înainte de intervenție, astfel încât să fie lucid şi să nu fie speriat, practica fiind preluată din Germania.

În continuare, se reține că deşi reclamantul a susținut că nu a prea înțeles ce scria în manual, instanța observă că limbajul folosit în acesta nu este excesiv de tehnic şi permite înțelegerea mecanismului şi efectul principal produs de tipul de operație ales.

Astfel, acesta (f. 994) prezintă metodele de funcționare a tehnicilor utilizate pentru a ajuta pacienții să piardă excesul ponderal, malabsorbția fiind indicată şi explicată în mod expres. Totodată, în manual se preciza că bypass-ul gastric era o metodă utilizată frecvent, ce combina două principii, de restricție şi malabsorbție, tehnica presupunând că se scurtcircuita o arie importantă de absorbție intestinală (fiind utilizate inclusiv expresii ca „*mănâncă puțin şi din puținul pe care îl mănâncă se absoarbe doar o parte" ori „absorbție mult diminuată*"), iar ca urmare necesita administrarea vitaminelor şi mineralelor de substituție (ani de zile sau permanent). La partea de riscuri ale metodei, manualul indica expres carențele metabolice, inclusiv deficitul de B12, fiind explicate simptomele pe care le genera (printre care: slăbiciune şi oboseală rapidă, fasciculații sau crampe musculare, scăderea concentrației şi nervozitate). Ca atare, o avertizare de posibile afecțiuni neurologice. În plus, acesta precizează faptul că un consum de dulciuri în exces determina Sindromul Dumping, tulburări care se manifestau prin simptome ca ameteli, palpitații sau scaun diareic, disconfort ce trebuia să determine pacienții să evite consumul de dulciuri concentrate (f. 1002). Totodată, acesta enumeră complicațiile postoperatorii şi subliniază importanța respectării unei diete stricte, a recomandărilor medicale şi a protocolului de urmărire postoperatorie, precum şi comunicarea cu medicul pentru detectarea şi corectarea rapidă a oricăror complicații. La final, manualul indică programul consulturilor necesare (la 10 zile, 1 lună – inclusiv analize şi consult chirurgical, 3, 6 şi 12 luni – analize, ecografie, consult nutriționist/chirurgical), specificând că are menirea de a asigura informarea pacientului, fiind parte a consimțământului informat.

Aceste noțiuni, în opinia instanței, în condițiile în care reclamantul mai avusese intervenții de natură similară anterior, nefiind străin de terminologia utilizată, permiteau a reține şi înțelege faptul că operația presupunea un efect de malabsorbție, ce implica eliminarea mai rapidă a alimentelor şi o retenție mai slabă a vitaminelor şi mineralelor, de aici şi nevoia suplimentării lor. În plus, faptul că reclamantul nu a solicitat lămuriri suplimentare deşi nu ar fi fost sigur pe unele aspecte, nu le poate fi imputat pârâților întrucât obligația de informare a pacientului nu înlătură datoria acestuia din urmă de a fi diligent în a se informa, cât timp datele relevante i-au fost puse la dispoziție.

În continuare, se mai reține şi că pârâtul a confirmat că inclusiv la intervenția anterioară a reclamantului (Gastric Sleeve) absorbția de vitamina B12 era redusă, pacientul fiind deja conştient de unele complicații. În acest sens, la dosar s-a depus formularul de consimțământ de la acel moment (f. 1047), acesta menționând asumarea riscurilor imprevizibile (inclusiv riscul de deces). Ca atare, sub aspectul unui efect de malabsorbție cea de-a doua intervenție nu adăuga un risc suplimentar asupra căruia să nu fi fost informat în prealabil reclamantul, riscurile potențiale ale procedurii fiind similare.

Pe de altă parte, medicul a mai declarat că i-a adus la cunoştință pacientului că există posibilitatea să dezvolte deficiențe mult mai mari de vitamine, arătând că i-a explicat că poate dezvolta neuropatie, adică o afectare a sistemului nervos central. Acesta a recunoscut că nu i-a spus că poate „să ajungă într-un scaun cu rotile" pentru că nu era un lucru frecvent întâlnit, însă a subliniat că în formularul de consimțământ exista trecut inclusiv riscul mortalității, precum şi al fistulei, ce poate fi acută astfel încât pacientul să nu poată fi salvat, riscuri acceptate; ca atare, în orice intervenție exista un risc crescut de complicații, neputând fi dezvoltate toate, independent de frecvența lor.

Totodată, probele administrate mai relevă că, anterior operației din 2021, reclamantul fusese la un consult psihologic, conform raportului de psihodiagnostic şi consiliere psihologică (f. 443) acesta înțelegând că trebuiau făcute schimbări ale stilului de viață pe care şi le asuma. Raportul, în forma depusă, nu arată dacă s-a discutat expres despre complicațiile ulterioare operației (nefiind identificat paragraful citat de pârât prin întâmpinare), însă relevă că discuția s-a axat pe înțelegerea

şi conştientizarea de către pacient a importanţei schimbărilor de alimentaţie şi responsabilizarea acestuia cu privire la conduita ulterioară intervenţiei.

În acord cu acest lucru, după intervenţie, acestuia i-au fost furnizate indicaţii cu privire la regimul alimentar obligatoriu de respectat şi necesitatea dozării suplimentelor (f. 437 - 441) însă, conform actelor de la dosar, reclamantul nu a respectat programul consultărilor (primul fiind realizat cu întârziere pentru că pacientul era plecat în Egipt, iar la al doilea anulat, f 435-436) şi a ignorat sfatul privind o revizie a bypass-ului gastric (f. 442), îndrumare primită la 6 luni de la operaţie când deja existau simptomele de neuropatie şi ar fi fost avertizat cu privire la riscul agravării lor (interogatoriu pârât, f. 1133).

Referitor la acordul scris al pacientului obţinut anterior operaţiei, la dosar s-a depus „Acordul pacientului informat" în forma prevăzută de Anexa 1 la normele metodologice aprobate prin Ord. 482/2007, semnat de către reclamant la data de 20.04.2021 (F. 88), iar acesta menţionează că i s-au furnizat informaţiile privind riscurile potenţiale ale actului medical. Faptul că nu ar fi semnat şi de medic nu prezintă relevanţă, acordul fiind important din perspectiva pacientului.

Totodată, în cauză există şi un al doilea tip de formular privind consimţământul informat în vederea efectuării unei intervenţii bariatrice – chirurgia obezităţii (f. 92-93), şi acesta semnat de reclamant, prin care confirma că i s-au explicat clar şi argumentat dezavantajele intervenţiei chirurgicale, precum şi posibilele complicaţii postoperatorii. Menţiunile acestuia includ faptul că pacientul efectuase toate explorările preoperatorii, fusese informat despre regimul postoperator şi că i-au fost transmise informaţiile în formă scrisă – Manualul pacientului bariatric - cu cel puţin 48 ore înainte de intervenţie, acesta neavând alte întrebări ori nelămuriri.

În plus, reclamantul a semnat punctual, în mai multe locuri, un formular ce indica posibilele complicaţii, atât imediate (ex. infecţii ale inciziilor), cât şi pe termen mai lung (fistula, stenoza). Deşi este adevărat că o problemă legată de malabsorbţie a vitaminelor nu era detaliată aici, la subpunctul 9 se indica totuşi necesitatea respectării indicaţiilor postoperatorii întrucât neglijarea lor putea duce la apariţia unor complicaţii grave *(„Respectarea indicaţiilor postoperatorii este un aspect extrem de important. Neglijarea lor poate duce la apariţia unor grave complicaţii")*. Apoi, se specifica şi că neprezentarea la controalele de rutină şi lipsa efectuării analizelor şi investigaţiilor indicate ori consulturilor de nutriţie periodice puteau duce la complicaţii specifice, printre care hipovitaminoze (adică o tulburare cauzată de insuficienţa uneia sau a mai multor vitamine), anemie, reîngrăşare. La final, se menţionează posibilitatea survenirii unor situaţii care nu pot fi prevăzute.

Ca atare, riscul unei malabsorbţiii i-a fost adus la cunoştinţă în mod complet şi clar reclamantului anterior intervenţiei, fiind vorba de un principiu specific tehnicii medicale alese. În acelaşi sens (şi în acord cu explicaţiile scrise primite şi de reclamant), pârâtul a indicat că aceasta era chiar mecanismul prin care funcţiona intervenţia gastric bypass, astfel că tocmai din cauza apariţiei deficitelor de vitamine exista programul de urmărire a pacientului după intervenţie, program de care pacientul era informat din timp.

În plus, conform medicului specialist, complicaţiile citate de literatura de specialitate ca fiind cele mai frecvente includeau: scurgere anastomotică, embolie pulmonară, infecţia plăgii, hemoragie gastrointenstinală/sângerare, insuficienţă respiratorie/pneumonie, distensie acută a stomacului distal, iar printre complicaţiile tardive: stenoza stomacală (cea mai frecventă), obstrucţie intestinală, hernie internă, colelitiaza, *deficienţe de micronutrienţi*, ulcer marginal, întreruperea liniei de capsare şi formarea herniei ventrale. În acelaşi sens, manualul transmis reclamantului pe care acesta l-a lecturat, enumeră printre complicaţiile posibile *după operaţiile gastric sleeve şi bypass gastric*: hemoragii postoperatorii, fistule, ocluzie intestinală, infecţii cutanate/seroame, scădere ponderală inadecvată, *carenţe metabolice*, mortalitate postoperatorie determinată în special de embolii pulmonare, fistulă combinată cu sepsis. Ca atare, complicaţiile neurologice nu apar incluse ca fiind riscuri frecvente în acest tip de intervenţii, proba contrară de specialitate nefiind realizată.

În continuare, se reţine că reclamantul şi-a asumat realizarea unor modificări în stilul de viaţă, acestea vizând în mod clar conduita sa postoperatorie, deci inclusiv respectarea regimului alimentar

şi controalelor necesare pentru ajustarea acestuia în timp şi investigarea situaţiei sale medicale post-intervenţie.

Pârâtul a arătat cu privire la acest aspect că lipsa efectuării analizelor de sânge şi a altor investigaţii, precum şi neefectuarea consulturilor de nutriţie periodice puteau duce la complicaţii specifice, anume la hipovitaminoză, exact complicaţia pacientului din speţă. Acesta a subliniat că în unul din formulare, în cel suplimentar, există dezvoltată tulburarea de nutriţie, neputându-se explica într-un paragraf tot ceea ce se poate întâmpla, fiind obligatoriu ca pacientul să respecte regimul post operator, indicaţiile şi să informeze medicul curant în cazul în care nu le respectă sau prezintă simptome de alarmă. În cazul reclamantului, consultul de nutriţie de la o lună s-a făcut la două luni, iar la consultul de trei luni nu s-a prezentat şi nu şi-a făcut analizele. Din interogatoriul pârâtului rezultă că i-a spus reclamantului despre posibilul deficit acut de vitamina B12 şi i-a comunicat necesitatea unui consult de nutriţie şi administrarea vitaminei B injectabil.

Instanţa nu neagă faptul că reclamantul nu a anticipat că un deficit de vitamine (B12 în cazul său) ar putea conduce la probleme neurologice de gravitatea celor suferite (mai ales că experienţa anterioară cu intervenţia GS nu produsese un asemenea efect) însă în cauză gravitatea carenţei apare a fi fost influenţată de conduita postoperatorie a pacientului. Aceasta apare relevantă în contextul în care riscurile incluse în formularul de consimţământ trebuie să includă complicaţiile frecvente, grave şi previzibile, iar reclamantul fusese avertizat, inclusiv prin formularele scrise, de importanţa respectării protocolului postoperator (regim/analize/consult) şi posibilitatea ca nerespectarea acestora (nu intervenţia în sine) să conducă la complicaţii grave (deşi, este adevărat, nu au fost detaliate expres afecţiunile suferite în concret de reclamant). În plus, riscul de neuropatie i-a fost semnalat anterior de către medic.

Apoi, din susţinerile reclamantului a rezultat că primele semne ale carenţei de vitamine au apărut la 3 luni de la operaţie, iar la 6 luni a sesizat probleme de mers (actele medicale indică : scăderea forţei musculare la nivelul membrelor inferioare şi tulburări de echilibru declarate ca percepute în octombrie 2021, f. 136, respectiv că în august 2021 ar fi avut probleme de mers şi senzaţie de slăbiciune la picioare, f. 176).

La acel moment (octombrie 2021, după 6 luni de la operaţie), medicul îi spusese acestuia să mărească doza de vitamine injectabile şi să revină în ţară pentru a reface procedura (interogatoriu reclamant, f. 1118), însă reclamantul nu a acţionat în acest sens deşi era conştient de existenţa unui deficit de vitamine şi de simptomele de neuropatie. Totodată, pârâtul a indicat că pacientul trebuia să mănânce 80 gr proteină/zi, iar la consultul de nutriţie, care trebuia făcut la o lună şi a fost făcut la două luni, pacientul mânca 15 gr proteină/zi. Ca atare, indicaţiile pentru primele două luni nu fuseseră respectate, pacientul expunându-se la riscul deficitului de vitamine.

În plus, conform susţinerilor reclamantului, cel de-al doilea medic consultat (pentru o a doua opinie, când s-a hotărât să facă revizia intervenţiei) i-ar fi spus că operaţia în sine ar fi fost prea agresivă şi că s-ar fi putut reduce nivelul malabsorbţiei, elemente ce sugerează că complicaţia suferită de pacient ar fi fost generată de modul defectuos de realizate a intervenţiei bariatrice, nefiind deci un rezultat tipic ori frecvent al terapiei ca atare. În acest sens, se constată că fişa consultului (făcut în august 2022, f. 138) recomanda, de asemenea, revizia operaţiei de Gastric Bypass (GBP), terapie sugerată cu mult anterior de către pârât însă refuzată şi amânată de pacient.

Totodată, pârâtul a invocat faptul că o alimentaţie necorespunzătoare ar fi dus, de fapt, la un deficit de vitamina B12, pacientul luând doar suplimente generale, care nu aveau o compoziţie suficientă de vitamină. Acesta a sugerat că celelalte două intervenţii ale reclamantului nu au funcţionat întrucât pacientul nu urmase indicaţiile, îngrăşându-se iar după fiecare dintre ele, ceea ce ar implica o lipsă de diligenţă a pacientului în urmarea tratamentului postoperatoriu. Mai mult, pârâtul a subliniat că din actele medicale depuse rezulta că la două - trei săptămâni după intervenţia de bypass gastric, pacientul făcuse o enterocolită necrozantă (fie din cauza a ceva ce a mâncat, fie o bacterie luată în aeroport), acesta fiind şi spitalizat, ceea ce a adăugat la pierderea masivă de vitamina B12. Cu acelaşi efect, s-a sugerat că şi consumul frecvent de alcool ar fi putut duce la carenţa de vitamină B12, fiind depuse fotografii ale reclamantului, în diferite ocazii după operaţie, servind alcool şi un articol privind malabsorbţia vit. B12 indusă de alcool (f. 1184).

Aşadar, elementele cauzei relevă existența unor cauze multiple care ar fi putut produce afecțiunile ulterioare ale reclamantului şi o agravare a deficienței de vitamine, în lipsa efectuării expertizei medico-legale aceste aspecte neputând fi clarificate.

Totodată, nu este de neglijat nici faptul că, potrivit medicului, ideea realizării tehnicii de gastric bypass a venit de la reclamant (aspect ce pare să rezulte şi din declarația scrisă semnată de acesta, f. 93), acesta fiind cel care l-a contactat pe medic pentru că eşuase în controlul greutății corporale, iar pentru reclamant nici nu mai exista o altă opțiune de tratament câtă vreme fusese diagnosticat cu obezitate morbidă de gradul 3, iar după două intervenții eşuate nu mai avea alte şanse să slăbească.

Ca atare, chiar conştientizând pe deplin riscul unor viitoare carențe de vitamine (pe care trebuia reclamantul, în mod rezonabil, să le anticipeze), iar ca urmare a netratării lor în mod corespunzător inclusiv a unui pericol de apariție a unor afecțiuni neurologice, având în vedere că era singura intervenție rămasă pentru reclamant, iar tratamentul ales era necesar (conform manualului fiind cea mai eficientă opțiune terapeutică pentru tratarea obezității morbide, f. 1002), nu se poate exclude menținerea deciziei de a se supune operației şi de a accepta potențialul risc, cu o mai mare grijă la şi responsabilitate în conduita postoperatorie. În acest sens, inclusiv manualul trimis reclamantului recomanda o atitudine chirurgicală secvențială, în 2 sau chiar 3 etape, ceea ce reclamantul a urmat (inel gastric, apoi gastric sleeve). În cauză nu se poate susține că nu s-au întreprins demersuri concrete pentru ca reclamantul să realizeze importanța regimului postoperator, acestea rezultând din mențiunile formularelor semnate, ale manualului transmis cu mult anterior operației (f. 1003 verso), convorbirile telefonice cu doctorul (atât anterioare intervenției, cât şi ulterioare, pentru onorarea programărilor) şi consultul psihologic preoperator. Totodată, nevoia intervenției bariatrice (faptul că procedura avea scop terapeutic) rezulta şi din cele arătate chiar de către reclamant cu ocazia acelui consult, fiind menționate problemele sale cu greutatea şi faptul că nu reuşise să slăbească nici după Gastric Sleeve, motivele noii terapii fiind dobândirea unei mai mari libertăți de mişcare şi prevenirea comorbidităților obezității (f. 443 -444).

Prin urmare, în condițiile în care (a) nu s-a administrat expertiza medico-legală pentru a oferi date suplimentare de specialitate, (b) există formularele de consimțământ semnate de pacient care indică riscul carențelor de vitamine, importanța regimului postoperator şi posibilitatea apariției unei complicații grave în caz de nerespectare (c) reclamantul însuşi a indicat, pe de-o parte, că medicul neurolog consulat de el nu cunoştea riscurile (de tip neurologic) ale unei intervenții gastrice ce implica un risc de carență de vitamine (aspect ce rezultă şi din fişa specialistului, decembrie 2021, unde este menționat că era dificil de stabilit cauza problemelor medicale ale reclamantului, fiind posibilă o cauză genetică, iar nu una dobândită, f. 177), iar pe de alta, nici pacientul însuşi, în cercetarea realizată pe cont propriu, nu a găsit cazuri similare în care să se fi produs complicația suferită de el, nu se poate concluziona că diagnosticul primit de reclamant (mielopatie cervicală carențială) reprezenta un risc frecvent al operației.

Din elementele dosarului pare că riscul/complicația medicală a fost generată de împrejurări ulterioare (nerespectarea indicațiilor, amânarea reviziei operației), intervenția bariatrică fiind reversibilă, cu opțiuni de reducere şi ajustare a efectului malabsorbției, iar astfel de evitare a agravării problemelor medicale incipiente ale pacientului. Acest tratament ar fi fost luat însă prea târziu, după mai mult de un an de la operație (aproape un an după ce acesta îi fusese recomandat de pârât - septembrie 2022).

În acest context se va mai puncta şi că reclamantul însuşi a indicat prin cerere că aflase în august - octombrie 2021 de *sindromul de malabsobsție şi polineuropatie sezorială axonală stadiul I* de la medicul neurolog din Braşov. Ca atare, deşi îi fusese recomandată revizia operației, iar nevoia unui consult chirurgical în persoană apărea extrem de importantă, aceasta şi-a asumat amânarea deciziei şi tratamentul recomandat, alegând să continue investigațiile medicale. În cadrul acestora, medicii consultați ulterior l-au bănuit însă de diverse alte boli deşi se cunoştea intervenția bariatrică şi deficitul de vitamine. Ulterior, în vara anului 2022, diagnosticul inițial a devenit sindrom malabsorbtiv *grav*, necesitând intervenție de urgență (montare jejunostomie de alimentație) pentru ca reclamantul să asimileze alimentele.

Prin urmare, ținând cont de faptul că reclamantul ştia că prin operația de bypass gastric se expunea la un risc de malabsorbție, că pârâtul i-a atras atenția asupra posibilității incidenței neuropatiei (deteriorare a nervilor sistemului nervos) în cazul nerespectării indicațiilor postoperatorii, dar şi că i-a spus, la apariția primelor simptome, de necesitarea reviziei operației şi măririi dozelor de vitamine, instanța nu poate reține că în speță este vorba despre un consimțământ neinformat al pacientului.

Prin acțiune reclamantul a invocat că nu i s-au adus la cunoştință riscurile *sindromului de malabsorbție generală severă şi a complicațiilor neurologice (mielopatie cervicală carențială şi tetrapareza spastică cu predominanța paraparezei).* În formularele scrise de consimțământ (din care face parte şi manualul) se indică în mod expres riscul deficienței de vitamine şi carențe metabolice, fiind explicat în termeni inteligibili procesul de malabsorbție pe care se baza procedura. Acestea specifică, de asemenea, importanța deosebită a conduitei postoperatorii a pacientului şi monitorizarea eventualelor simptome, indicând că o neglijență a acestora putea conduce la complicații grave. În plus, pârâtul a indicat că i-a spus pacientului, verbal, inclusiv despre deteriorarea nervilor sistemului nervos, nefiind inclus acesta în formular întrucât nu era un risc frecvent.

Ca atare, din perspectiva conduitei preoperatorii, medicul a oferit suficiente informații reclamantului pentru ca acesta să înțeleagă tipul de procedură la care se supune şi care ar putea fi consecințele previzibile ale acestuia. Din această perspectivă trebuie văzută diligența medicului în procesul de informare. Chiar dacă este de dorit un standard cât mai înalt al măsurilor şi demersurilor întreprinse pentru ca pacientul să înțeleagă pe deplin tratamentele alese şi complicațiile ce pot decurge din acestea, din perspectiva răspunderii civile delictuale a medicului trebuie avut în vedere şi în ce măsură eventualul risc omis era unul previzibil, întâlnit în practica medicală.

În speță, diagnosticul de *mielopatie cervicală carențială şi tetrapareza spastică cu predominanța paraparezei* nu pare a fi fost un risc ce putea fi anticipat în mod normal în acest tip de intervenție, câtă vreme fie era dependent de conduita *ulterioară* a pacientului, fie putea fi generat de modul de *executare* a operației (sugerat a fi fost în forma prea agresivă). În lipsa unei expertize de specialitate care să ofere mai multe date cu privire la aceste aspecte, instanța nu poate exclude că ceea ce s-a arătat în speță, anume că reclamantul nu a respectat regimul post operator şi că a ignorat solicitarea medicului de a reveni pentru revizia bypass-ului gastric, nu ar fi condus, de fapt, la complicația suferită şi nici determina că informațiile furnizate pacientului anterior operației erau insuficiente ori superficiale, acestea incluzând nu doar problemele de carențe metabolice, ci şi regimul postoperator ca element important pentru succesul procedurii bariatrice şi evitarea unor complicații grave ulterioare.

În consecință, nefiind îndeplinite condițiile răspunderii civile a medicului - pârât, instanța va respinge acțiunea. Totodată, întrucât răspunderea unității medicale se grefează pe conduita medicului, fiind invocată o formă de răspundere pentru fapta altuia, pentru aceleaşi considerente şi aceasta va fi respinsă ca neîntemeiată.

De asemenea, cum cercetarea temeiniciei cererilor de chemare în garanție introduse de pârâți este dependentă de soluția dispusă cu privire la cererea principală, acestea rămân fără obiect, urmând fi respinse.

PENTRU ACESTE MOTIVE
ÎN NUMELE LEGII
DECIDE

Respinge cererea de chemare în judecată formulată de către reclamantul O A I , cu domiciliul în județul C , S G , Str. A R nr. , având CNP , cu reşedința în B , str. C C nr. , , M , cu domiciliul procesual ales în , str. A L , nr. , ap. , județul B , e-mail: în contradictoriu cu pârâții D V , cu domiciliul în mun. O , județ B , str. S nr. , bl. sc. , et. , ap. , având CNP , cu sediul ales în O , str. A L , nr. , jud. B , e-mail: şi G

M C SA, cu sediul social în A , str. D nr. , , având CUI şi nr. înregistrare în Reg. Com. , cu sediul ales în B , Bd. nr. , et , ap , sector , e-mail:

Respinge ca rămase fără obiect cererile de chemare în garanție formulate de către pârâți împotriva chematelor în garanție G R A R SA), cu sediul în B , Piața C nr sector , înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului București sub nr , CUI , e-mail: şi O V I G SA), cu sediul în A nr. , sector , B , înmatriculata la Registrul Comerțului sub nr. , cu sediul ales în B , str. G , nr. Sector , e-mail:

Cu drept de apel în termen de 30 de zile de la comunicare. Apelul se depune la Tribunalul Arad.

Pronunțată azi, 27.03.2026, prin punerea soluției la dispoziția părților de grefa instanței.

Președinte,
A R V

Grefier,
P S

Thred. PS/Red. ARV/28.04.2026
7 ex./5 com.
Se comunică părților prin e-mail.