

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Tel. aparținător _____

Acest document a fost emis, încheiat și semnat în temeiul prevederilor următoarelor reglementări legale:

- Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, așa cum a fost modificată - art. 649 și următoarele.
- Ordinul nr. 482/2007 al Ministrului Sănătății Publice - „NORME METODOLOGICE de aplicare a titlului XV răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.
- Legea nr. 46/2003 a dreptului pacientului.
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.

Personalul medical care îngrijește pacientul		
Nr. crt.	Nume și prenume	Statut profesional
1.		
2.		
3.		

1. Date pacient	Nume și prenume:		
	Codul numeric personal:		
	Domiciliul/reședință:		
2. Reprezentant legal*	Nume și prenume:		
	Codul numeric personal:		
	Calitate:		
3. Actul medical (descriere)			
Tip anestezie			
4. Informațiile legate de starea de sănătate furnizate pacientului		Da	Nu
	Date despre starea de sănătate		
	Intervențiile și strategia terapeutică propuse		
	Riscurile potențiale		
	Alternative de evoluție, cu și fără tratament		
	Diagnostic		
	Prognostic		
	Complicații posibile		
	Riscurile neefectuării tratamentului		
	Riscurile nerespectării recomandărilor medicale		
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice în scop diagnostic.		
6. Consimțământ pentru efectuarea următoarelor investigații:			

		Da	Nu
7. Alte informații	Au fost furnizate pacientului informații despre serviciile medicale disponibile.		
	Au fost furnizate pacientului informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl tratează.*		
	Au fost furnizate pacientului informații despre regulile/practicile/obiceiurile din unitatea medicală.		
	Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.		
	Au fost furnizate pacientului informații despre natura și scopul tratamentului propus.		
	Au fost furnizate pacientului informații despre riscurile și consecințele tratamentului.		
8. Suferiți de o boală psihică care vă afectează discernământul?	Da	Nu	
9. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.	Da	Nu	

*Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ.

I) Subsemnatul pacient/reprezentant legal al pacientului declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către medic și enumerate mai sus, că am prezentat medicului doar informații adevărate și îmi exprim consimțământul informat pentru efectuarea actului medical.

	Da	Nu
În cazul în care, pe parcursul realizării actului medical, nu îmi voi putea exprima voința, dar va apărea ca necesară o intervenție medicală de urgență, autorizez echipa medicală să intervină pentru a preveni deteriorarea stării mele de sănătate și/sau pentru a-mi salva viața.		

	Da	Nu
Îmi dau liber și în cunoștință de cauză consimțământul la prelucrarea datelor cu caracter personal (Legea nr. 677/2001).		

Data: / /

Ora:

Semnătura pacientului/reprezentant legal care consimte informat la efectuarea actului medical:

II) Subsemnatul pacient/reprezentant legal al pacientului declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către medic și enumerate mai sus, că mi s-au explicat **consecințele refuzului actului medical** și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

Data: / /

Ora:

Semnătura pacientului/reprezentant legal care refuză efectuarea actului medical: