

ANEXA Nr. 1

Formular de exprimare a acordului pacientului informat

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

1. Datele pacientului

Numele și prenumele:.....

Domiciliul/reședința:.....

.....

2. Reprezentantul legal al pacientului*

Numele și prenumele:.....

Domiciliul/reședința:.....

.....

Calitatea:.....

3. Actul medical (descriere):

.....

4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:

Date despre starea de sănătate: DA NU

Diagnostic: DA NU

Prognostic: DA NU

Natura și scopul actului medical propus: DA NU

Intervențiile și strategia terapeutică propuse: DA NU

Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor: DA NU

Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor: DA NU

Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor: DA NU

Riscurile neefectuării tratamentului DA NU

Riscurile nerespectării recomandărilor medicale DA NU

5. Consimțământ pentru recoltare

Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice: DA NU

6. Alte informații care au fost furnizate pacientului:

Informații despre serviciile medicale disponibile: DA NU

Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata*: DA NU

Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte: DA NU

Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală: DA NU

7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate: DA NU

*Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin. (3)-(5) din normele metodologice).

*Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul.

I) Subsemnatul,.....(numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către.....(numele și prenumele medicului/asistentului medical) și enumerate mai sus, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim **acordul** informat pentru efectuarea actului medical.

X..... Data:...../...../..... Ora:

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical

II) Subsemnatul pacient/Reprezentant legal,declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către(numele și prenumele medicului/asistentului medical care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele **refuzului** actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

X..... Data:...../...../..... Ora:

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului medical.