



SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA ELIAS

B-dul. Marasti, Nr. 17, Bucuresti, Sector 1
Telefon 4021.316.16.00; Fax: 4021.316.16.02

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Acest document a fost emis, incheiat si semnat in temeiul prevederilor urmatoarelor reglementari legale:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sănătății, așa cum a fost modificata – art. 649 și urmatoarele;
- Ordinul nr. 482/2007 al Ministrului Sănătății Publice – "NORMELE METODOLOGICE de aplicare a titlului XV raspundere civila a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare si farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatații;
- Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului;
- Ordinul Ministrului Sănătății nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.

Acest document constituie anexa la foaia de observatie și urmeaza a fi atașat la aceasta.

1. Datele pacientului	Numele și prenumele:		
	Codul numeric personal:		
	Domiciliul / reședința:		
2. Reprezentatul Legal ⁽¹⁾	Numele și prenumele:		
	Codul numeric personal:		
	Domiciliul / reședința:		
	Calitatea:		
3. Actul medical (descriere)			
4. Informatii furnizate de medicul curant		DA	NU
	Date despre starea de sanatate		
	Diagnostic		
	Prognostic		
	Natura și scopul tratamentului propus		
	Intervențiile și strategia terapeutică propuse		
	Riscurile și consecințele tratamentului ⁽²⁾		
	Alternative viabile de tratament		
	Riscurile potențiale		
	Riscurile neefectuării tratamentului		
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale			
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice		

⁽¹⁾Se utilizeaza in cazul minorilor si al majorilor fără discernământ

⁽²⁾Conform Anexei 1: Foaie de risc specifică

6. Consimțământ pentru efectuarea urmatoarelor investigații		DA	NU
7. Alte informații	Informații despre serviciile medicale		
	Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl tratează ⁽³⁾		
	Informații despre regulile / practice / obiceiurile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte		
	Pacientul a fost încunoștințat ca are dreptul la o a doua opinie medicală		
	Pacientul a fost informat cu privire la prelucrarea statistică a datelor cu caracter personal din FOCG / FSZ		
8. Suferiți de vreo afecțiune care vă afectează discernământul?			
9. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate			

⁽³⁾Identificat în Tabelul – anexă la acest document

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

Data: ___ / ___ / _____

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

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

Data: ___ / ___ / _____

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

III. Subsemnatul _____, cod numeric personal _____

1. Îmi exprim acordul ca **informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale** să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, acestea fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplina cunoștință de cauză:

Numele și prenumele persoanei indicate de pacient	Calitatea persoanei (grad de rudenie / alta relatie) și CNP-ul
1.	
2.	
3.	

2. Îmi exprim acordul de a **participa la învățământul medical** și pentru ca informațiile de specialitate despre starea mea de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ și cercetare, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplina cunoștință de cauză:

	DA	NU	SEMNATURA
Sunt de acord ca investigațiile imagistice personale să poată fi folosite în scop didactic, științific și de cercetare, cu condiția ca datele mele de identificare să nu apară în imagini.			
Sunt de acord ca filmele și fotografiile din timpul intervenției chirurgicale să poată fi folosite în procesul de învățământ și cercetare.			
Sunt de acord să fiu filmat sau fotografiat în scop didactic, științific și de cercetare, cu condiția ca imaginea feței mele să poată / să nu poată fi recunoscută.			

3. Îmi exprim acordul de a **fi filmat / fotografiat** în incinta unității medicale, **în alte scopuri decât cel științific, didactic sau de cercetare**, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplina cunoștință de cauză:

Semnatura pacientului,

Subsemnatul _____, medicul în grija căruia se afla pacientul, sunt / nu sunt de acord ca acesta să fie fotografiat / filmat în incinta unității medicale, conform prevederilor legale în vigoare și cu respectarea reglementărilor aprobate la nivel de unitate, acest fapt nefiind / fiind de natură a dăuna pacientului.

Semnatura pacientului,

Data: ____ / ____ / ____

**ANEXĂ LA CONSIMTĂMÂNTUL INFORMAT
PERSONAL MEDICAL CARE ÎNGRIJEȘTE PACIENTUL**

Nr. crt.	Nume si prenume	Statut profesional
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

Data: ___ / ___ / _____

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