



## ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

		DA	NU
1.Date pacient	Nume și prenume		
	CNP		
	Domiciliul / reședința		
2.Reprezentantul legal al pacientului*	Nume și prenume		
	CNP		
	Domiciliul / reședința		
	Calitatea		
3.Actul medical (descriere)	Investigații pentru stabilirea diagnosticului și tratamentului		
	Consulturi interdisciplinare		
	Tratament		
	Altele:		
4. Alte informații furizate de medicul curant	Date despre sănătate		
	Diagnostic		
	Prognostic		
	Natura și scopul actului medical propus		
	Intervențiile și strategia terapeutică propuse		
	Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
	Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
	Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:		
5.Consimțământ pentru recoltare	Riscurile neefectuării tratamentului		
	Riscurile nerespectării recomandărilor medicale		
6. Alte informații	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice		
	Informații despre serviciile medicale disponibile		
	Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl tratează (identificat în tabelul – anexă la acest document)		
	Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte		
	Pacientul a fost încunoștințat că 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***			

	DA	NU
7.Pacientul declară că are discernământ		
8.Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate		
9.Pacientul/reprezentantul legal își exprimă acordul de a participa la procesul de învățământ și cercetare și pentru ca informațiile de specialitate, inclusiv imagini, despre starea de sănătate să fie folosite în acest proces, aceasta fiind dorința sa, exprimată în deplină cunoștință de cauză		
10.Pacientul/reprezentantul legal își exprimă acordul de a fi filmat/fotografiat în incinta unității sanitare în scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorința sa, exprimată în deplină cunoștință de cauză		
11.Pacientul/reprezentantul legal își exprimă acordul ca informațiile despre starea de sănătate și datele medicale ale pacientului să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința sa, exprimată în deplină cunoștință de cauză**		
Nume și prenume persoane indicate de pacient / reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie / altă relație) și date contact (nr. telefon)	
1.		
2.		
3.		

\*Se utilizează în cazul minorilor și al majorilor fără discernământ (pentru art. 8, alin 3,4,5 din Ord.nr.1411/2016)

\*\*Persoanele desemnate au acces deplin, atât în timpul vieții pacientului, cât și după decesul pacientului, la informațiile cu caracter confidențial din foaia de observație - conf. art. 24 din Legea 46/2003, completat cu Legea 347/2018

\*\*\*Conform Regulament nr. 679/2016

**I. Subsemnatul** \_\_\_\_\_, **pacient / reprezentant legal** al pacientului \_\_\_\_\_, declar fără echivoc că am înțeles toate informațiile furnizate de către medicul \_\_\_\_\_ și enumerate mai sus, că am prezentat medicului doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

Semnătura \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**II. Subsemnatul** \_\_\_\_\_, **pacient / reprezentant legal** al pacientului \_\_\_\_\_, declar fără echivoc că am înțeles toate informațiile furnizate de către medicul \_\_\_\_\_ și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și refuz informat efectuarea actului medical.

Semnătura \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**III. Subsemnatul** \_\_\_\_\_, medicul în grija căruia se află pacientul sunt de acord ca acesta să fie filmat / fotografiat în incinta unității medicale, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului. (se completează doar dacă este cazul).

Semnătura și parafa medicului \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Acest document constituie anexă la foaia de observație, urmând a fi atașat la aceasta și a fost emis, încheiat și semnat în temeiul prevederilor următoarelor reglementări legale:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, așa cum a fost modificată - art. 649 și următoarele;
- Ordinele nr. 482/2007, 1410/2016 și 1411/2016 ale Ministerului Sănătății Publice – „NORMELE METODOLOGICE de aplicare a titlului XV răspundere 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, cu completare prin Legea 347/2018
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului;
- Regulament nr. 679/2016, privind protecția persoanelor fizice cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal