

ACORDUL PACIENTULUI

1 Date pacient

1.1 Nume și prenume *

1.2 Domiciliu/reședință *

2 Reprezentantul legal al pacientului (Se utilizeaza în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ)

2.1 Nume și prenume

2.2 Domiciliu/reședință

2.3 Calitate

3 Actul medical

3.1 Descriere

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

Nr.	Informația furnizată	Răspuns
4.1	Date despre starea de sănătate	☐ Da ☐ Nu
4.2	Diagnostic	☐ Da ☐ Nu
4.3	Prognostic	☐ Da ☐ Nu
4.4	Natura și scopul actului medical propus	☐ Da ☐ Nu
4.5	Intervențiile și strategia terapeutică propuse	☐ Da ☐ Nu
4.6	Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor	☐ Da ☐ Nu
4.7	Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor	☐ Da ☐ Nu
4.8	Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor	☐ Da ☐ Nu
4.9	Riscurile neefectuării tratamentului	☐ Da ☐ Nu
4.10	Riscurile nerespectării recomandărilor medicale	☐ Da ☐ Nu

5 Consimțământ pentru recoltare

Nr.	Întrebare	Răspuns
5.1	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice.	☐ Da ☐ Nu

6 Alte informații care au fost furnizate pacientului

Nr.	Informația furnizată	Răspuns
6.1	Informații despre serviciile medicale disponibile	☐ Da ☐ Nu
6.2	Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata (Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul.)	☐ Da ☐ Nu
6.3	Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte	☐ Da ☐ Nu
6.4	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

ACCEPT EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL.

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.

Data *

Ora *

Semnătură

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

REFUZ EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL.

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

Data *

Ora *

Semnătură

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

TABEL CU PERSONALUL MEDICAL CARE ACORDA ÎNGRIJIRI DE SANATATE

Nr. crt.	Numele și prenumele	Statutul profesional
1		
2		
3		
4		
5		