

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Acest document 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.
- 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.
- 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.
- Codul deontologic al medicului dentist.

Acest document constituie anexa la foaia de observație și/sau fișa pacientului și urmează a fi atașat la aceasta.

PERSONALUL MEDICAL CARE ÎNGRIJEȘTE PACIENTUL

	Nume și prenume	Statut profesional
1		
2		
3		
4		

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)	

		DA	NU
4. Ați fost informat legat de	Date despre starea de sănătate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intervențiile și strategia terapeutică	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Riscurile potențiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alternative de evoluție, cu și fără tratament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prognostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Complicații posibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Riscurile neefectuării tratamentului	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Riscurile nerespectării recomandărilor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Consimțământ pentru efectuarea următoarelor investigații		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alte informații	Au fost furnizate pacientului informații despre serviciile medicale disponibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Au fost furnizate pacientului informații despre identitatea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Au fost furnizate pacientului informații despre regulile /practicile / obiceiurile din unitatea medicală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Au fost furnizate pacientului informații despre natura și scopul tratamentului propus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Au fost furnizate pacientului informații despre riscurile și consecințele tratamentului	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pacientul a fost informat asupra costului estimativ al tratamentului	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Suferiți de o boală psihică care vă afectează discernământul?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Se utilizează în cazul “minorilor și majorilor fără discernământ”.*

***Acest document este destinat uzului exclusiv al medicului participant la seminarul “Cum ne apărăm de malpraxis?” și nu poate fi reprodus, comunicat sau făcut public în niciun mod și sub nicio motivație.*

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.

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATA: / /

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: / /

Semnătura pacientului / reprezentant legal care refuză efectuarea actului medical
--