



## 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 legătura cu actul medical:	DA	NU
Date despre starea de 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:		
Riscurile neefectuării tratamentului.		
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale.		
5. Consimțământ recoltare: Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice.		
6. Alte informații care au fost furnizate pacientului:		
Informații despre serviciile medicale disponibile și serviciile medicale contracost:		
Anestezie — (____ lei).		
Biopsie — gratuită pe baza BT.		
Polipectomie — gratuită pe baza BT.		
Primirea rezultatelor pe suport electronic (stick) — (____ lei).		
A doua investigație chirurgicală.		
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata**.		
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.		
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.		

\* se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ.

\*\* 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.

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

II) 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 mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

..... Data: ...../...../..... Ora: .....  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului medical

Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul:		
.....		
Nr. crt.	Numele și prenumele	Statutul profesional
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Am luat cunoștință de prevederile stipulate în legislația națională (Legea nr. 190/2018) și cea a Uniunii Europene (Regulamentul 2016/679 - GDPR) în legătură cu **protecția datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date**.

Sunt de acord ca **datele mele de identificare, de contact și datele referitoare la starea de sănătate** și asistența medicală primită să intre în baza de date a spitalului și să fie prelucrate statistic, sub rezerva respectării anonimatului și confidențialității.

Am luat cunoștință și sunt de acord să respect **Regulamentul de Ordine Interioară**.

Voi declara medicului curant toate antecedentele mele medicale cunoscute, afecțiunile de care sufăr, pentru care îmi este administrat tratament, toate medicamentele care îmi sunt administrate, precum și toate diagnosticele și tratamentele efectuate anterior.

Am comunicat aceste informații în limita cunoștințelor mele medicale și a documentației medicale doveditoare pe care o posed în acest sens,



## RAPORT

### privind asistența medicală acordată în situații de urgență

	Numele și prenumele	Statutul profesional
Echipa medicală (medici/asistenți medicali)	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	...	
Data și ora încheierii raportului:		
Numele pacientului, domiciliul/reședința (dacă sunt cunoscute):		
Situația pacientului a necesitat intervenția medicală de urgență. Din cauza stării sale de sănătate la momentul stabilirii deciziei terapeutice, pacientul nu avea, în acel moment, discernământ și nu își putea exprima voința, respectiv acordul pentru intervenția medicală. Timpul scurt nu a permis obținerea acordului pentru intervenție de la reprezentanți legali/rude apropiate/autoritatea tutelară. Orice întârziere în acordarea de îngrijiri medicale și în realizarea intervenției ar fi pus în pericol, în mod ireversibil:		
<input type="checkbox"/> starea de sănătate a pacientului; <input type="checkbox"/> viața pacientului.		
Împrejurările. Starea pacientului. (scurtă descriere, din care reiese situația de urgență, condiția medicală și lipsa de discernământ a pacientului):		
Actul medical efectuat:		
Semnăturile membrilor echipei care a efectuat actul medical:	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	...	