



FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT ÎN VEDEREA TRATAMENTULUI ANESTEZICO-CHIRURGICAL

Subsemnatul/a, având CNP, în calitate de:

1. **pacient** internat în compartimentul
2. **reprezentant** legal al copilului în vârstă de ani ;
3. **aparținător** (soț, soție, frate, soră,) al pacientului, având CNP, internat în compartimentul, sunt de acord să urmez tratamentul următor:

.....

Natura, scopul, beneficiile tratamentului, dar și riscurile neefectuării acestuia precum și ale celorlalte opțiuni terapeutice mi-au fost explicate pe înțelesul meu de către dr., pe care îl desemnez pentru a efectua tratamentul specificat mai sus.

Mi s-au prezentat riscurile asociate precum și riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricât de mic de deces), pe care le presupune intervenția, cât și riscurile pe care le impun investigațiile speciale ce fac parte din tratamentul pe care urmează să-l efectuez. Declar că sunt conștient(ă) de riscuri și le accept, întrucât scopul tratamentului este unul benefic.

Ca urmare, înțeleg necesitatea tratamentului propus pe care accept să-l efectuez și declar că nu am primit nici o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final.

În cazul în care, în timpul intervenției terapeutice apar situații neprevăzute care impun proceduri suplimentare față de cele descrise mai sus, accept ca medicul desemnat să acționeze în baza pregătirii sale profesionale, dacă aceste proceduri sunt absolut justificate în scopul interesului meu vital.

În scopul realizării operației, consimt. de asemenea la administrarea anesteziei ce mi-a fost indicată, Riscurile actului anesteziei mi-au fost explicate cu ocazia consultării mele de către dr., medicul care va proceda la efectuarea anesteziei în operația la care voi fi supus(ă).

În consecință și în condițiile precizate îmi dau liber și în cunoștință de cauză consimțământul pentru tratamentul anesteziico-chirurgical propus.

În cazul în care medicii desemnați de mine, din motive de forță majoră nu pot efectua tratamentul pentru care le-am acordat consimțământul, declar nul prezentul, înțeleg și accept să semnez un alt consimțământ cu un alt medic.

Certific faptul că am citit, am înțeles și **accept** pe deplin cele menționate mai sus și ca urmare, semnez:

.....
 semnătura pacientului / reprezentantului legal

...../...../.....
 ziua luna anul

Subsemnatul, confirm că prezentul formular de consimțământ a fost completat în prezența mea și semnat de pacient fără ca asupra sa să se efectueze vreo constrângere.

.....
semnătura cadrului medical