



## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT ÎN VEDEREA ANESTEZIEI

Pacientul .....,

CNP pacient:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*sau (în situația în care pacientul nu are discernământ)*

Subsemnatul(ții) .....,

CNP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

CNP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*(se completează CNP-urile aparținătorilor)*

În calitate de reprezentant(ți) legal(i) al(ai) pacientului  
..... diagnosticat cu  
....., internat în compartimentul  
....., sunt de acord cu procedura de anestezie în vederea intervenției  
chirurgicale / investigației invazive .....

Am fost informat asupra manevrei de anestezie și despre:

- informații cu privire la riscul infecțios;
- informații cu privire la riscul cardiac;
- informații cu privire la riscul vascular;
- informații cu privire la riscul volemic;

Mă declar (ne declarăm) de acord cu anestezia .....  
în vederea procedurii.

Medicul anestezist care a informat pacientul:

.....

Data:

Semnătura pacientului / aparținătorilor

.....