



CONSIMȚĂMÂNTUL PACIENTULUI PENTRU RECOLTARE / ANALIZE MEDICALE

Nume: / Prenume:
Sex: Masculin Feminin / Copil / Vârsta: ani împliniți / CNP:
Adresa: / Telefon:
Analizele sunt necesare pentru:

Consimțământul informat este obligatoriu pentru orice pacient care solicită analize medicale de laborator. Fără acestanu se pot efectua testele.

1. Mi-au fost explicate metodele de recoltare și riscurile lor.
2. Mi-au fost explicate, am înțeles scopul determinărilor solicitate/recomandate în a determina starea de sănătate a organismului meu (copilului meu/persoanei fără discernământ a cărei tutore/curator sunt) în momentul testării.
3. Mi-a fost explicat că testele pot elucida diagnosticul unei boli/riscul de a face o boală/riscul la care pot fi supuși membrii familiei mele prin starea de sănătate (potențial) alterată.
4. Mi-a fost explicat că un rezultat negativ al testelor sau încadrarea lor în limite normale admise nu exclude existența bolii în fază incipientă sau în fază inactivă sau cu valori subclinice sau sub limita de determinare a testelor.
5. Mi s-a explicat că interpretarea testelor se va face în contextul cunoștințelor actuale medicale în plan internațional. Interpretarea curentă a testelor ar putea suferi modificări în viitor, în urma publicării rezultatelor unor noi cercetări științifice.
6. Mi-a fost explicat că testele efectuate pot evidenția/sugera și alte procese patologice în afara celor solicitate/recomandate. În acest caz poate apărea necesitatea unor noi testări ulterioare.
7. Mi-a fost explicat că rezultatele testelor sunt confidențiale și îmi vor fi comunicate numai mie sau medicului clinician și/sau persoanelor autorizate de mine/sau medic. Îmi revine mie decizia de a-i informa pe ceilalți membri ai familiei. Pentru lămuriri voi solicita consult medical suplimentar.
8. Sunt de acord ca rezultatele testelor efectuate (mie/copilului meu/persoanei fără discernământ a cărei tutore/curator sunt) să fie disponibile, sub rezerva respectării anonimatului și a confidențialității datelor, pentru posibile utilizări în studii clinice, comunicări științifice, comunicări statistice obligatorii solicitate de instituții ale statului.
9. Sunt de acord ca proba biologică rămasă după efectuarea testelor să fie conservată prin congelare timp de o lună de zile, pentru a putea fi folosită în cazul unor explorări ulterioare sau pentru o eventuală repetare a testelor.
10. Mi-au fost arătate materialele de recoltare: ace recoltare, sistemul vacuumat, recoltoare sigilate care apoi au fost inscripționate cu ID-ul meu din registru de consultații și confirm integritatea acestora.

Sunt de acord cu prelevarea probelor biologice pentru efectuarea analizelor de mai sus și am fost informat privind procedurile de recoltare și autorecoltare, solicit personalului și îl autorizez să efectueze testele recomandate (mie/copilului meu/persoanei fără discernământ a cărei tutore/curator sunt).

Semnătura mea reprezintă faptul că am fost informat(ă) și am înțeles beneficiile și limitele testului/testelor.

Data:/...../...../

Data și ora recoltării:/...../.....-.....

Data și ora primirii probelor:/...../.....-.....

Asistentul care a efectuat recoltarea:

Semnătură pacient/ reprezentant

.....