

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

I. Datele pacientului

Numele și prenumele:

Data nașterii:

Domiciliul/reședința:

Adresa:

CNP:

Nr. act de identitate:

Vârsta:

Sex:

II. Reprezentantul legal al pacientului*

Numele și prenumele:

Domiciliul/reședința:

Calitatea:

CNP:

III. Actul medical

Descriere:

IV. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Date despre starea de sănătate | ☐ Nu | ☐ Da |
| b. Diagnostic | ☐ Nu | ☐ Da |
| c. Prognostic | ☐ Nu | ☐ Da |
| d. Natura și scopul actului medical propus | ☐ Nu | ☐ Da |
| e. Intervențiile și strategia terapeutică propuse | ☐ Nu | ☐ Da |
| f. Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor | ☐ Nu | ☐ Da |
| g. Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor | ☐ Nu | ☐ Da |
| h. Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor | ☐ Nu | ☐ Da |
| i. Riscurile neefectuării tratamentului | ☐ Nu | ☐ Da |
| j. Riscurile nerespectării recomandărilor medicale | ☐ Nu | ☐ Da |

*Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin. (3)-(5) din normele metodologice).

V. Consimțământ pentru recoltare

Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice

☐ Nu

☐ Da

VI. Alte informații care au fost furnizate pacientului

a. Informații despre serviciile medicale disponibile

☐ Nu

☐ Da

b. Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata*

☐ Nu

☐ Da

c. Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte

☐ Nu

☐ Da

d. Pacientul a fost înștiințat că are dreptul la o a doua opinie medicală

☐ Nu

☐ Da

e. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate

☐ Nu

☐ Da

*Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul.

VII. Declarație

Declarație acord

Declarație refuz

VIII. Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul

Numele și prenumele pacientului:

Tabel echipă medicală

Nume și prenume	Statut profesional

Data:

Semnătura pacientului/reprezentantului