

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Subsemnatul/Subsemnata _____ str. _____ domiciliat(ă) în _____ loc. _____
 nr. _____ jud. _____
 CNP _____ identificat(ă) cu act de identitate tip _____ nr. _____ serie _____ nr. _____ având
 nr. de telefon _____ în calitate de:
 1. Pacient internat în compartimentul _____
 2. Aparținător (părinte, soț, soție, frate, soră, fiu, fiică) în cazul în care pacientul este în incapacitatea de a decide) _____ gradul de rudenie _____, al pacientului _____ internat în compartimentul _____
 consimt aplicarea tratamentului: _____

Termenul generic tratament, așa cum este folosit în cuprinsul prezentului acord, include, după caz, tratamentul medicamentos și tratamentul chirurgical (operația).
 Menționez că nu am fost condiționat în niciun fel de personalul Clinicii Chirurgie 1 în obținerea serviciilor medicale care constituie motivul prezenței mele în aceasta clinică.

Diagnosticul și natura bolii, scopul, beneficiile și riscurile efectuării tratamentului, precum și a celorlalte operațiuni terapeutice, mi-au fost explicate pe înțelesul meu de către Dr. _____ în consecință, autorizez personalul Clinicii Chirurgie 1 pentru efectuarea tratamentului _____ sus.

Mi-au fost prezentate și riscurile asociate precum și riscurile imprevizibile, consecințele pe care le presupune tratamentul, cât și riscurile pe care le presupun investigațiile speciale ce fac parte din tratamentul pe care urmez să îl urmez. Înțeleg că în urma sau pe parcursul tratamentului pot apărea complicații și că unele dintre aceste complicații necesită noi tratamente. Frecvența acestor riscuri grave în cazuri similare cu al meu mi-au fost de asemenea explicate. Declar că sunt conștient de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul tratamentului este spre binele meu.

Ca urmare, înțeleg necesitatea tratamentului, pe care doresc să îl efectuez și recunosc că nu mi se poate da o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final.

În cazul în care în timpul intervenției terapeutice apar situații și condiții neprevăzute care impun proceduri suplimentare față de cele descrise mai sus deja acceptate de mine, accept ca personalul medical să acționeze în baza pregătirii profesionale utilizând procedee adiționale sau chiar diferite de cele expuse, doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din punct de vedere medical și numai în interesul meu personal și spre binele meu, de la acest accept face excepție:

Același lucru este valabil în situația în care medicul, datorită unor condiții neprevăzute, va decide că este în interesul meu să nu ducă până la capăt tratamentul pe care l-am acceptat.

Dacă medicul desemnat pentru efectuarea tratamentului mă va sfătui să mă supun unor investigații suplimentare, să procur anumite medicamente, materiale, etc., înțeleg că nu sunt obligat să o fac, iar dacă o fac, aceasta va fi doar în interesul meu și nu am nicio pretenție ulterioară pentru cheltuielile făcute pentru sănătatea mea.

În afara complicațiilor generale, comune oricărui tratament - reacții alergice, hemoragie, hematom, echimoză, necroză de părți moi, tromboză, embolie, paralizie și lipsa sensibilității în una sau mai multe extremități sau părți ale corpului meu care pot fi permanente, pierderea unuiu sau mai multor simțuri: vâz, auz, miros, gust care pot fi permanente, pierderea vorbirii sau altor funcții ale sistemului nervos, care pot fi permanente, infecții care să ducă la abcese și meningită, care pot prelungi spitalizarea sau să necesite alte tratamente, sângerare (hemoragie) care poate necesita alte tratamente, colecția de lichid în creier (hidrocefalie) care poate necesita alt tratament, eventuale tratamente endocrinologice, crize convulsive, boli combinate ale creierului, inimii, plămânului sau altor organe, care pot fi fatale (decesul), pot apărea complicații specifice intervenției propuse. Declar că voi urma instrucțiunile postoperatorii date de medic, în caz contrar îmi asum riscurile explicate de medic.

Declar că mă voi prezenta la control, la termenele comunicate de medic, în caz contrar îmi asum riscurile explicate de medic.

Am luat la cunoștință și mă angajez să respect regulamentul de ordine interioară.

Am luat la cunoștință că anestezia generală prezintă riscuri adiționale tratamentului chirurgical, lucruri pe care le-am discutat cu medicul anestezist înainte de operație și consimt/nu consimt la administrarea anesteziei și a acelor anestezice și medicamente care sunt necesare.

Accept/nu accept administrarea tipului de anestezie indicat.

Accept/nu accept transfuziile de sânge, dacă acestea se impun.

Am luat la cunoștință de beneficiile și riscurile pe care le implică terapia transfuzională și sunt/nu sunt de acord cu administrarea transfuziei.

Am luat la cunoștință faptul că Clinica Chirurgie I este Clinica Universitară și sunt de acord ca pe durata efectuării tratamentului să fie prezenți, numai în scop de studiu și perfecționare, alți medici, studenți, cadre didactice, fără ca aceștia să participe la decizia terapeutică.

Am luat la cunoștință faptul că toate datele privind pacientul sunt confidențiale și constituie obiectul secretului profesional. Sunt de acord ca datele strict medicale să poată fi utilizate la întocmirea unor lucrări științifice, sub protecția secretului identității.

Sunt pe deplin conștient de amplitudinea tratamentului, înțeleg necesitatea efectuării acestuia și am luat la cunoștință de faptul că medicina nu este o știință exactă și că nimeni nu poate să-mi dea o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatele tratamentului, astfel că îmi asum întreaga responsabilitate. Declar că nu am și nu voi avea nici pe viitor nicio pretenție față de personalul medical implicat în efectuarea tratamentului și care a intervenit în caz de urgență și asupra Spitalului Clinic Județean de Urgență Targu Mures.

Sunt/nu sunt de acord și solicit efectuarea tratamentului în condițiile de mai sus.

Declar că nu am cunoștință să fiu purtătorul unei boli contagioase sau a unui virus ce poate determina o afecțiune contagioasă.

Nu cunosc să fiu alergic la ceva, cu excepția

Mi s-a oferit posibilitatea de a pune întrebări și am primit răspunsuri complete și satisfăcătoare la toate întrebările.

În consecință, solicit și îmi dau consimțământul pentru efectuarea tratamentului, liber și în cunoștință de cauză.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare le semnez.

În calitate mea de reprezentant legal/apartinător al pacientului îmi asum întreaga responsabilitate în fața familiei acestuia.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal/apartinătorului

Ziua _____ luna _____ anul 2018

Medic

Ziua _____ luna _____ anul 2018

DATELE DE CONTACT ALE APARTINATORILOR (FAMILIEI):