



ACREDITAT ANMCS

SECȚIA CLINICĂ

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚE SF. SPIRIDON IAȘI

Bd. Independenței nr. 1, cod 700111, IAȘI

Tel: 0232-240822/fax: 0232-217781

www.spitalspiridon.ro/e-mail: office@spitalspiridon.ro



ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Cod API - Ed. 2/Rev. 1/21.01.2019

Acest document este emis, încheiat și semnat în temeiul prevederilor următoarelor reglementări legale:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare - art. 660-662.

- Ordinul Ministerului Sănătății 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului Nr. 46/2003.

- Ordinul nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XV "Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

- Ordinul MS nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003

Documentul "ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT" (Cod API) este ANEXĂ la Foaia de Observație Clinică Generală (Cod FOCG) și este parte componentă a acesteia. (Anexa nr. 1 la Ordinul nr. 1411/2016)

1. Date pacient	Nume și Prenume		
	Codul numeric personal		
	Domiciliul / Reședința	IASI	
2. Reprezentant legal* <small>* Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin. (3)-(5) din normele metodologice).</small>	Nume și Prenume		
	Codul numeric personal		
	Calitatea		
3. Actul medical (descriere)	INVESTIGAȚII ȘI TRATAMENT		
4. Au fost furnizate pacientului informații legate de actul medical și starea acestuia de sănătate	Date despre starea de sănătate	Da	Nu
	Diagnostic	X	
	Intervențiile și strategia terapeutică propuse	X	
	Prognostic	X	
	Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:	X	
	Riscurile potențiale ale actului medical, inclusiv complicațiile posibile, insistându-se asupra următoarelor:	X	
	Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:	X	
	Riscurile referitoare la infecțiile intraspitalicești și măsurile de prevenire a contaminării pe care trebuie să le aplic în calitate de pacient	X	
	Riscurile neefectuării tratamentului	X	
5. Consimțământ pentru recoltare	Riscurile nerespectării recomandărilor medicale	X	
	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice	X	
6. Consimțământ pentru efectuarea următoarelor investigații / manevre terapeutice:	INVESTIGAȚII		
	MANEVRE TERAPEUTICE		
7. Alte informații furnizate pacientului	Au fost furnizate pacientului informații despre regulile din unitatea medicală	X	
	Au fost furnizate pacientului informații referitoare la drepturile și obligațiile sale (ghidul pacientului), inclusiv despre politica de nediscriminare aplicată în cadrul unității sanitare	X	
	Au fost furnizate informații despre serviciile medicale disponibile	X	
	Au fost furnizate pacientului informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl tratează* (*Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul.)	X	
	Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.	X	
8. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.		X	



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚE SF. SPIRIDON IAȘI

Bd. Independenței nr. 1, cod 700111, IAȘI
Tel: 0232-240822/fax: 0232-217781
www.spitalspiridon.ro/e-mail: office@spitalspiridon.ro



ACREDITAT ANMCS

I. Subsemnatul

/ reprezentant legal al pacientului

către

Prof. dr. Răzvan Injan

în calitate de pacient

declăra că am înțeles toate informațiile furnizate de

(numele și prenumele medicului/asistentului

medical)

și enumerate mai sus, că am prezentat medicului/ asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim

acordul informat pentru efectuarea actului medical.

Da	Nu
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

În cazul în care, pe parcursul realizării actului medical, nu îmi voi putea exprima dorința, dar va apărea ca necesară o intervenție medicală de urgență, autorizez echipa medicală să intervină pentru a preveni deteriorarea stării mele de sănătate și/ sau pentru a-mi salva viața.

X Data: 15/12/2018 Ora: 08:20
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical

Semnătura și parafa medicului curant

Prof. Dr. TRIFAN ANCA
medic primar medicină internă
și gastroenterologie
Codul calitate de pacient
1648

II. Subsemnatul

/ reprezentant legal al pacientului

către (numele și prenumele medicului/asistentului medical care a informat pacientul)

și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

X Data: Ora:
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical

Semnătura și parafa medicului curant

"Se utilizează în cazul "minorilor și majorilor fără discernământ sau care sunt în imposibilitatea de a și-l manifesta"

TABEL CU PERSONALUL MEDICAL CARE ÎNGRIJEȘTE PACIENTUL (numele și prenumele pacientului)

Nr. crt.	Numele și prenumele	Statutul profesional
1	Prof. dr. Răzvan Injan	medic primar
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		