

Cluj-Napoca, Str. Clinicilor nr. 3-5, cod 400006; Tel.: 0264.597852,
Fax: 0264.596085, Email: secretariat@scj-clj.ro
Operator de date cu caracter personal nr.720

Dr. Scuturbașu Răzvan
medic primar chirurg
cod 498136

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT CHIRURGICAL

1. Date despre pacient	Nume, prenume		
	CNP		
	Domiciliu (reședința)		
2. Reprezentantul legal (în cazul minorilor sau majorilor fără discernământ)	Nume, prenume		
	CNP		
	Domiciliu		
3. Pacientul este de acord cu următorul tip de INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ		DA	NU
Amputația OP nr. 1 - limba terminală de fimbria		X	
4. Pacientul este de acord să-și asigure personal unele medicamente/materiale sanitare indisponibile în Spital și să nu solicite decontarea acestora.		X	

Subsemnatul **pacient** (reprezentant legal al pacientului) am fost informat asupra scopului și necesității intervenției chirurgicale sus-menționate.

Mi s-au adus la cunoștință prin explicații suficiente, într-un limbaj respectuos și clar, informații legate de starea mea de sănătate, actul operator, tipul de anestezie necesar, alternativele existente la intervenția chirurgicală propusă, riscurile potențiale ale fiecărei proceduri, inclusiv alternativele de evoluție cu și fără tratament chirurgical, precum și informații legate de prognostic.

Posibilele riscuri și complicații ce ar putea apărea intra- și postoperator cuprind, dar nu se rezumă la:

- Accidente hemoragice și alte complicații ce ar putea necesita o reintervenție chirurgicală
- Alterări tranzitorii sau permanente ale unor funcții ale creierului, inimii, plămânilor, rinichilor sau ale altor organe
- Complicații infecțioase ce ar putea prelungi internarea sau ar putea implica o altă manoperă chirurgicală

Aceste riscuri mi-au fost explicate și sunt conștient de ele, inclusiv de posibilul risc de deces.

În cazul în care intraoperator apar elemente noi, avizez medicul să ia decizia pe care o consideră cea mai potrivită, inclusiv să ceară o a doua opinie. De asemenea, dacă în cursul operației apar limitări, condiții neprevăzute anterior care necesită procedee chirurgicale sau tratamente adiționale față de cele expuse, autorizez medicul chirurg să facă ceea ce consideră necesar.

Materialul biologic recoltat (sânge, țesuturi, organe) în scop diagnostic, poate fi examinat și în scop de cercetare științifică, fotografiat, publicat, fără o altă autorizație expresă din partea mea, păstrându-se confidențialitatea. Am fost informat că procesul de asistență medicală este dublat de procesul de învățământ medical clinic și cercetare științifică și consimt această participare, dar aceasta nu trebuie să afecteze calitatea îngrijirilor mele medicale. Am fost informat și că pot refuza acest lucru de principiu sau în momentele în care le aleg eu fără a fi obligat la alte explicații și fără a fi afectate drepturile mele de pacient.

Mi-au fost furnizate informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care mă tratează.

Am fost informat asupra dreptului la confidențialitatea informațiilor. Am fost informat și asupra dreptului de a decide dacă mai doresc să fiu informat, în cazul în care informațiile prezentate de către medic mi-ar putea cauza suferință. Am fost înștiințat și asupra dreptului de a decide dacă doresc ca informații despre evoluția stării mele de sănătate să fie furnizate și altor rude/persoane.

Declar că am înțeles toate informațiile furnizate și enumerate mai sus și îmi exprim consimțământul asupra intervenției chirurgicale care urmează a-mi fi efectuată.

Data 11 / 09 / 2020

Semnătură pacient
(reprezentant legal)