



ACREDITAT ANMCS

**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

**SECȚIA CLINICĂ****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)

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





ACREDITAT ANMCS

**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



I. Subsemnatul \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_ în calitate de pacient / reprezentant legal al pacientului" \_\_\_\_\_ declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către .....(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

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: .... / .... / ..... Ora: .....  
 Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical  
 Semnătura și parafa medicului curant

II. Subsemnatul \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_ în calitate de pacient / reprezentant legal al pacientului" \_\_\_\_\_ declar că am înțeles toate informațiile furnizate de 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		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		





ACREDITAT ANMCS

**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/REPREZENTANTULUI LEGAL**privind participarea la învățământul medical

(Anexa 2 la Ordinul 1410/ 2016)

I. Subsemnatul \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, în calitate de **pacient**, îmi exprim **acordul de a participa la învățământul medical și pentru ca toate informațiile de specialitate despre starea mea să fie folosite în procesul de învățământ și cercetare, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.**

Subsemnatul \* \_\_\_\_\_ (nume și prenume reprezentant legal), CNP \_\_\_\_\_, în calitate de reprezentant legal al pacientului \_\_\_\_\_, îmi exprim acordul pentru participarea acestuia la învățământul medical și pentru ca toate informațiile de specialitate despre starea sa de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ și cercetare, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

X \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la participarea la învățământul medical

\* Se completează în cazul minorilor sau-majorilor fără discernământ , precum și în cazul majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu.

II. Subsemnatul \_\_\_\_\_, **medicul** în grija căruia se află pacientul, **sunt de acord ca acesta să participe la învățământul medical și ca toate informațiile de specialitate despre starea acestuia să fie folosite în procesul de învățământ și cercetare, acest fapt nefiind de natură a dauna pacientului/ fiind în folosul pacientului.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Semnătura și parafa medicului curant \_\_\_\_\_

**ACORDUL PACIENTULUI**privind comunicarea datelor medicale personale

(Anexa 5 la Ordinul 1410/ 2016)

I. Subsemnatul \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, în calitate de pacient, îmi exprim acordul, în conformitate cu art. 7 din Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, ca informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Subsemnatul \* \_\_\_\_\_ (nume și prenume reprezentant legal), CNP \_\_\_\_\_, în calitate de reprezentant legal al pacientului \_\_\_\_\_, îmi exprim acordul ca informațiile despre starea de sănătate și datele medicale ale pacientului pe care îl reprezintă să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Numele și prenumele persoanei indicate de către pacient/ reprezentantul legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie / altă relație)
1.	
2.	
X _____ (Semnătura pacientului/reprezentantului legal)	Data: ____/____/____

Prin prezenta retrag accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate / privind starea de sănătate al pacientului pe care îl reprezintă legal, următorilor:

X \_\_\_\_\_ (Semnătura pacientului/reprezentantului legal) Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Semnătura și parafa medicului curant \_\_\_\_\_