

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

1. Date pacient	Nume și prenume:			
	Domiciliul/reședință:			
2. Reprezentantul legal al pacientului*	Nume și prenume:			
	Domiciliul/reședință:			
3. Actul medical (descriere)	Calitate:			
	EXAMINARE, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT			
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:			Da	Nu
Date despre starea de sănătate			X	
Diagnostic			X	
Prognostic			X	
Natura și scopul actului medical propus			X	
Intervențiile și strategia terapeutică propuse			X	
Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:			X	
Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:			X	
Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:			X	
Riscurile neefectuării tratamentului			X	
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale			X	

*Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ.

		DA	NU
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice.	X	
6 Alte informații care au fost furnizate pacientului		X	
Informații despre serviciile medicale disponibile		X	
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata*		X	
Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte		X	
Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.		X	
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.		X	

*Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul

I) Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal) 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.

X

Data: 17/12/2020 Ora: 20:50

Semnătura pacientului / reprezentant legal care consimte informat la efectuarea actului medical

X

Data: ____/____/____ Ora: ____

Semnătura pacientului / reprezentant legal care refuză efectuarea actului medical

II) Subsemnatul pacient / reprezentant legal _____ 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.