

**CONSIMTAMANT INFORMAT AL
PACIENTULUI IN VEDEREA ACORDARII
INGRIJIRILOR MEDICALE SI DE
OBTINERE A ACORDULUI PRIVIND
ACCESULUI SI PRELUCRAREA DATELOR
CONFIDENTIALE**

F - 562 - 21

Ed.2/Rev.0

Pag. 1 / 5

Acest document constituie anexa la foaia de observatie si va fi atasat la aceasta

1. Subsemnatul(a) [redacted] CNP [redacted] legitimat cu C.I. seria [redacted] nr 42681 in calitate de pacient internat in sectia SUUB GASTROENTEROLOGIE II, Declar ca nu am far de nici o afectiune care imi afecteaza discernamantul.

☒ SAU , dupa caz

2. Reprezentant(a) legal [redacted] in calitate de apartinator/ [redacted] [redacted] (sot, sotie, sora, frate, fiu, fiica, altele [redacted]) a/al pacientului internat in sectia GASTROENTEROLOGIE II

mi exprim urmatoarele **CONSIMTAMINTE** necesare derularii actului medical:

Consimt sa mi se recolteze probe de sange si alte fluide biologice, natura si scopul acestora fiindu-mi explicate pe intelesul meu de catre medicul [redacted]

DA ☒ NU ☐

Consimt sa efectuez consulturile interdisciplinare pe care medicul [redacted] le considera necesare in vederea stabilirii diagnosticului si al caror scop mi-a fost explicat pe intelesul meu de catre acesta.

DA ☒ NU ☐

Consimt sa efectuez investigatii paraclinice pe care medicul [redacted] le considera necesare in vederea stabilirii diagnosticului si al caror scop mi-a fost explicat pe intelesul meu de catre acesta:

- ☒ Electrocardiografie (ECG) si/sau examen Holter si/sau ECG de efort
- ☒ Radiografie pulmonara sau a altui segment
- ☒ Ecografie abdominala, pelvina, tiroidiana, cardiaca
- ☒ Sunt de acord cu prelevarea de sange in vederea efectuarii testului HIV
- ☒ Spirometrie
- ☒ Electroencefalografie

[] Altele

DA ☒ NU ☐

Consimt sa urmez tratamentul prescris (oral, injectabil, etc.) al carui scop mi-a fost explicat pe intelesul meu de catre acelasi medic.

DA ☒ NU ☐

Semnatura pacientului/reprezentantului legal [redacted] Data: 20/3/2023

Nr FO: 30246 / 2023 NUME SI PRENUME PACIENT

Sex: F

SECTIE: GASTROENTEROLOGIE II

Mi s-au prezentat riscurile care decurg din nerespectarea recomandarilor medicale.**Am fost, de asemenea, informat despre:**

- ☒ Serviciile medicale oferite de spital si modul de accesare a acestora;
- ☒ Identitatea si statutul profesional al personalului care ma trateaza;
- ☒ Regulile si obligatiile din unitatea medicala, pe care trebuie sa le respect;
- ☒ Dreptul la o a doua opinie medicala (*la cerere*);
- ☒ Prelucrarea statistica a datelor cu caracter personal din documentele medicale;
- ☒ Mi-au fost explicate de catre medic natura, scopul, beneficiile, precum si riscurile neefectuării investigatiilor / tratamentelor / consulturilor propuse

Declar ca mi s-au prezentat riscurile asociate, precum si riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricat de mic de deces precum si riscul de aparitie unei infectii asociate actului medical).

Declar ca sunt constient de aceste riscuri si le accept, intrucat scopul investigatiilor si tratamentului este spre binele meu.

In cazul in care in timpul interventiilor terapeutice apar situatii neprevazute care impun proceduri suplimentare fata de cele descrise mai sus ca fiind acceptate de mine, **accept ca medicul desemnat sa actioneze in consecinta in baza pregatirii sale profesionale**, doar daca aceste proceduri suplimentare sunt absolut justificate din motive medicale si numai spre binele meu.

Semnatura pacientului/reprezentantului legal

... Data: 20/3/2023

Nr FO: 30246 / 2023 NUME SI PRENUME PACIENT [REDACTED] Sex: F
 SECTIE: GASTROENTEROLOGIE II

Acordul pacientului / reprezentantului legal privind folosirea in cadrul studiilor clinice a probelor biologice si a rezultatelor analizelor efectuate in scopuri de cercetare

Sunt de acord ca probele biologice recoltate de la mine si rezultatele analizelor efectuate pe / cu aceste probe biologice sa fie folosite in scopuri de cercetare, studii observationale.

DA ☒ NU ☐

SE COMPLETEAZA DE MEDICUL CURANT

Subsemnatul Dr. [REDACTED] medicul in grija caruia se afla pacientul, sunt de acord ca probele biologice recoltate de la pacient si rezultatele analizelor efectuate pe / cu aceste probe biologice sa fie folosite in scopuri de cercetare, in studii observationale, acest fapt nefiind de natura a dauna pacientului.

Semnatura MEDICULUI curant [REDACTED] Data: 20/3/2023

Declar ca am fost informat cu privire la personalul medical curant care ma va ingriji pe durata spitalizarii.

Nr. crt.	Nume prenume.	Statut profesional
1.	[REDACTED]	MEDIC CURANT
2.		
3.		
4.		

Declaratie privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Modul in care Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti prelucreaza datele cu caracter personal este descris in Informarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal afisata in punctele de intrare in spital, precum si pe site-ul web al spitalului, la adresa:

<https://www.suub.ro/pacientivizitatori/protectia-datelor-personale/>



Pentru informatii suplimentare, puteti sa va adresati responsabilului cu protectia datelor la adresa de e-mail: dpo@suub.ro

Certific ca am citit, am inteles si accept pe deplin cele de mai sus.

Declar ca toate datele declarate in prezentul consimtamant sunt adevarate si consimt informat la efectuarea investigatiilor necesare, a tratamentului indicat, precum si la prelucrarea datelor mele cu caracter personal.

[REDACTED]

.....
 Semnatura pacientului
 (reprezentantului legal sau apartinatorului)

Data: 20/3/2023

Nr FO: 30246 / 2023 NUME SI PRENUME PACIENT

Sex: F

SECTIE: GASTROENTEROLOGIE II

Comunicare informatii medicale

☐ Imi exprim decizia de a fi informat, la internare si pe parcursul furnizarii serviciilor de

SAU

☐ Imi exprim decizia sa nu fiu informat in cazul in care informatiile prezentate mi-ar putea cauza vreo

☒ Am permis accesul la datele cu caracter confidential privind starea mea de sanatate si datele mele medicale urmatoarelor persoane:

Nr. crt.	Numele si prenumele persoanei / persoanelor indicate de pacient / reprezentant legal	Nr telefon	Calitatea persoanei (gradul de rudenie/ alta relatie)	Data	Semnatura
1.			Fiu	21.03.2023	
2.					
3.					
4.					

SAU

☐ Nu sunt de acord sa permit accesul nici unei persoane la datele cu caracter confidential privind starea mea de sanatate si datele mele medicale.

Semnatura pacientului/reprezentantului legal Data: 20/3/2023

DUPA CAZ ,SE VA COMPLETA SI FORMULARUL DE MAI JOS, acordand atentie sporita datei retragerii acestor permisiuni

AM RETRAS accesul la datele cu caracter confidential privind starea mea de sanatate si datele mele medicale pentru:

Nr. crt.	Numele si prenumele persoanei / persoanelor indicate de pacient / reprezentant legal	Calitatea persoanei (gradul de rudenie/ alta relatie)	Data	Semnatura
1.				
2.				
3.				
4.				

Semnatura pacientului/reprezentantului legal Data: 20/3/2023

Nr FO: 30246 / 2023 NUME SI PRENUME PACIENT [REDACTED] Sex: F
 SECTIE: GASTROENTEROLOGIE II

Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea in incinta unitatii sanitare

In calitate de pacient internat in Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti (SUUB), cunoscand prevederile Regulamentului (UE) 679 /2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal precum si informarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal in cadrul spitalului, **imi exprim acordul** de a fi filmat / fotografiat in incinta unitatii medicale, aceasta fiind dorinta mea, pe care mi-o exprim in deplina cunostinta de cauza:

- DA ☒ NU ☐ - In scop medical, de invatamant si cercetare
- DA ☒ NU ☐ - In scop de educare, informare si popularizare a activitatii medicale in mass-media (ziare, reviste, televiziune, radio)
- DA ☒ NU ☐ - In scop de educare, informare si popularizare a activitatii medicale pe site-ul web al spitalului (www.suub.ro) sau prin alte aplicatii de social-media.

Consimtamantul a fost semnat in prezenta medicului curant: **Dr. BABIUC RUXANDRA**

SE COMPLETEAZA DE MEDICUL CURANT

Subsemnatul Dr. [REDACTED] **medicul in grija caruia se afla pacientul**, sunt de acord ca acesta sa fie filmat / fotografiat in incinta unitatii medicale in scop

- ☒ medical, de invatamant / cercetare
- ☒ jurnalistic

fapt ce nu va aduce prejudicii de natura fizica, morala sau psihica pacientului.

Semnatura MEDICULUI curant Data: 20/3/2023

Acordul pacientului / reprezentantului legal privind participarea la invatamantul medical

In calitate de pacient internat in Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti (SUUB), am fost informat cu privire la faptul ca in cadrul spitalului se desfasoara activitati de invatamant universitar iar informatiile de specialitate despre starea mea de sanatate pot sa fie folosite in procesul de invatamant. Sunt de acord de a participa la invatamantul medical si pentru ca informatiile de specialitate despre starea mea de sanatate sa fie folosite in procesul de invatamant, acesta fiind dorinta mea, pe care mi-o exprim in deplina cunostinta de cauza.

DA ☒ NU ☐