



ACREDITAT ANMCS

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚE SF. SPIRIDON IASI

Bd. Independenței nr. 1, cod 700111, IASI

Tel: 0232-240822/fax: 0232-217781

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



SECȚIA CLINICĂ

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚE

442 SPIRIDON

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

GASTROENTEROLOGIE

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																																	
2. Reprezentant legal*	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Da</th> <th>Nu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Date despre starea de sănătate</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diagnostic</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Intervențiile și strategia terapeutică propuse</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prognostic</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Riscurile potențiale ale actului medical, inclusiv complicațiile posibile, insistându-se asupra următoarelor:</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Riscurile referitoare la infecțiile intraspitalicești și măsurile de prevenire a contaminării pe care trebuie să le aplic în calitate de pacient</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Riscurile neefectuării tratamentului</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Riscurile nerespectării recomandărilor medicale</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Da	Nu	Date despre starea de sănătate	X		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		Riscurile nerespectării recomandărilor medicale	X	
	Da	Nu																																
Date despre starea de sănătate	X																																	
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																																	
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale	X																																	
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice																																	
6. Consimțământ pentru efectuarea următoarelor investigații / manevre terapeutice:	INVESTIGAȚII MANEVRE TERAPeutice																																	
7. Alte informații furnizate pacientului	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Au fost furnizate pacientului informații despre regulile din unitatea medicală</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Au fost furnizate pacientului informații referitoare la drepturile și obligațiile sale (ghidul pacientului), inclusiv despre politica de nediscriminare aplicată în cadrul unității sanitare</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Au fost furnizate informații despre serviciile medicale disponibile</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Au fost furnizate pacientului informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl tratează* (*Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul.)</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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																			
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 Ințan

medical)

și enumerate mai sus, că am prezentat medicului/ asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

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.

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

X Semnat

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
Cod de calitate de pacient
1648

II. Subsemnatul _____, CNP _____

/ 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. R. Ințan	medic primar
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		