



INSTITUTUL CLINIC FUNDENI

SOS. FUNDENI, NR.258, SECTOR 2, 022328 BUCURESTI

TEL : 021.317.21.94 FAX : 021.318.04.44

EMAIL: SECRETARIAT@ICFUNDENI.RO

Operator de date cu caracter personal 8802



INSTITUTUL CLINIC
FUNDENI

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice
și pentru participarea la procesul educațional medical

Subsemnatul, ... m-am prezentat din proprie vointa, liber de orice constrângere și am solicitat evaluarea stării mele de sănătate pentru precizarea unui diagnostic și formularea unui program terapeutic individual.

Am cunostiința despre dreptul și libertatea pe care le am de a cere prezenta unei alte persoane (reprezentant personal) pentru a fi asistat în acordarea diagnosticului și a aplicării metodelor terapeutice necesare stabilirii diagnosticului și a aplicării metodelor terapeutice necesare recăpătării autonomiei personale. Cunosc de asemenea că am dreptul să refuz o procedură diagnostic sau un tratament cu care nu sunt de acord.

Mi s-au adus la cunostiință, prin explicații suficiente, într-un limbaj clar, respectuos și pe înțelesul meu, următoarele:

- diagnosticul și modul de stabilire a diagnosticului;
- scopul, metodele și durata tratamentului propus, precum și beneficiile aduse de acest tratament;
- eventualele neplăceri, riscuri sau efecte secundare ale tratamentului;
- alte posibile modalități de tratament;
- riscurile și consecințele refuzării sau întreruperii tratamentului fără aviz medical.

Am fost informat că metodele diagnostice și terapeutice invazive, având un grad de risc mai mare, vor fi precizate separat și voi consimți la acestea individual.

Autorizez medicii și personalul medical al clinicii/secției să efectueze toate investigațiile și procedurile diagnostice necesare, în contextul legal al unei practici medicale corecte. Cu excepția cazurilor în care, în mod expres, îmi exprim dezacordul, toate investigațiile uzuale și tratamentele, cu risc mic sau mediu, pot fi aplicate.

Am fost informat că procesul de asistență medicală este dublat de procesul educațional și consimt că, în limitele impuse de decent și bunul simț, să particip la procesul educațional, dar aceasta nu trebuie să afecteze calitatea îngrijirilor medicale. Am fost informat că pot refuza acest lucru de principiu sau în momentele pe care le aleg, fără a fi obligat să dau alte explicații și fără a fi afectate drepturile mele de pacient.

Am fost informat că am dreptul să refuz fotografierea corpului meu, cu excepția fotografiilor de documentare medicală pe care le autorizez, cu condiția să fie mascate elementele esențiale ale fizionomiei, pentru a nu fi recunoscut.

În cazul apariției unor situații de urgență majoră în timpul internării, echipa medicală este autorizată să efectueze orice teste diagnostice sau manevre terapeutice, justificate medical și în condițiile unei practici medicale corecte.

Am fost informat în legătură cu particularitățile bolilor mele, precum și asupra riscurilor/beneficiilor tratamentului investigațiilor indicate.

Înțeleg că am obligația să respect personalul de îngrijire. Să respect programul secției și pe ceilalți pacienți internați. În situația în care nu voi respecta acestea, accept să fiu externat cu avizul medicului curant și șefului de secție.

Înțeleg că odată internat, nu am voie să părăsesc incinta spitalului decât cu bilet de voie sau bilet de externare.

Mă angajez că în perioada spitalizării mele să nu aduc prejudicii materiale instituției (deteriorări de mobilier, accesorii sanitare, etc) și în caz contrar voi suporta cheltuielile. Am fost informat că instituția nu răspunde de bunurile sau valorile personale și/sau materiale pe perioada internării.

Declar pe proprie răspundere că nu sunt internat în alta unitate spitalicească și nu am beneficiat de rețete compensate în ultimele 3 luni.

Am citit (mi s-a citit), am înțeles cele scrise mai sus, sunt de acord cu acestea și semnez acest consimțământ în cunoștința de cauză.

Semnătura pacientului

[Semnătura pacientului]

Reprezentant personal/legal

(nume, prenumele și semnătura)

Medic curant

(semnătura și parafa)

Dr. MOLDOVAN COSMIN
Medic primar
Conf. Univ.
Doctor în medicină
Cod: C65204