

SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA BUCURESTI (SUUB) TEL:021.318.05.55 FAX:021.318.05.54	CONSINTAMANT INFORMAT AL PACIENTULUI IN VEDEREA ACORDARII INGRIJIRILOR MEDICALE SI DE OBTINERE A ACORDULUI PRIVIND ACCESUL SI PRELUCAREA DATELOR CONFIDENTIALE	F-562-18
		Ed.1/Rev.3
		Pag.1/4

I.1. Subsemnatul(a) CNP
 legitimat cu C.I. Seria, nr in calitate de pacient internat in sectia
 SUUB,

Declar ca nu sufar de nici o afectiune care imi afecteaza discernamantul.
 sau

2. Reprezentant(a) legal in calitate de apartinator (sot,
 sotie, sora, frate, fiu, fiica) a/al pacientului internat
 in sectia SUUB.

II. Consimtamant

A. Consimt sa mi se recolteze probe de sange si alte fluide biologice, natura si scopul
 acestora fiindu-mi explicate pe intelesul meu de medicul

Consimt sa mi se efectueze punctie lombara, natura si scopul acesteia fiindu-mi explicate pe
 intelesul meu de medicul

Consimt sa efectuez investigatiile paraclinice pe care Dr. le
 considera necesare in vederea stabilirii diagnosticului si al caror scop mi-a fost explicat pe intelesul
 meu de catre acesta:

- electrocardiografie
- radiografie pulmonara sau a altui segment
- ecografie abdominala, pelvina, tiroidiana, cardiaca
- spirometrie
- electroencefalografie
- altele:

Semnatura

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

Semnatura

C. Consimt sa urmez tratamentul (per os sau injectabil) al carui scop mi-a fost explicat pe
 intelesul meu de acelasi doctor.

Natura, scopul, beneficiile si riscurile neefectuării acestor investigatii/tratamente/consulturi
 mi-au fost explicate de catre doctor.

Declar ca mi s-au prezentat riscurile asociate, precum si riscurile imprevizibile (inclusiv
 riscul oricat de mic de deces si riscul de aparitie a 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 interventiei 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 baza pregatirii sale profesionale in consecinta**, doar daca aceste
 proceduri sunt absolut justificate din motive medicale si numai spre binele meu.

D. Mi s-au prezentat riscurile care decurg din nerespectarea recomandarilor medicale.

Am fost informat despre:

- serviciile medicale oferite de spital;
- identitatea și statutul profesional al personalului care ma tratează;
- regulile/practici/obiceiuri din unitatea medicală, pe care trebuie să le respect;
- dreptul la o a doua opinie medicală;
- prelucrarea statistică a datelor cu caracter personal din FOCG/FSZ;

Semnatura 

2. Subsemnatul(a) în calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului

A. Îmi exprim decizia **să nu fiu** informat în cazul în care informațiile prezentate mi-ar putea cauza vreo suferință.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal X Data

B. Am permis accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei

Nr. Crt.	Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)	Data	Semnatura
1.				
2.				
3.				
4.				
(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale) X Data / /				

C. Nu sunt de acord să permit accesul nici unei persoane la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal X Data

D. Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate:

Nr. Crt.	Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)	Data	Semnatura
1.				
2.				
3.				
4.				
(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale) X Data / /				

3. Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare

Subsemnatul(a) în calitate de pacient [redacted], îmi exprim acordul de a fi filmat/fotografiat în incinta unității medicale în scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal X [redacted] .. Data 25.09.2019

Subsemnatul(a) [redacted], medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca acesta să fie filmat/fotografiat în incinta unității medicale, acest fapt nefiind de natură a dauna pacientului.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal X [redacted] .. Data 25.09.2019

4. Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical

Subsemnatul(a) [redacted] în calitate de pacient, îmi exprim acordul de a participa la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea mea de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

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

Subsemnatul(a) în calitate de pacient/ reprezentant legal [redacted], îmi exprim acordul ca probele biologice recoltate de la mine și rezultatele analizelor efectuate pe/ cu aceste probe biologice să fie folosite în scopuri de cercetare în studii observationale, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal [redacted] .. Data 25.09.2019

Subsemnatul(a) [redacted], medicul în grija căruia se afla pacientul, sunt de acord ca probele biologice recoltate de la pacient și rezultatele analizelor efectuate pe/cu aceste probe biologice să fie folosite în scopuri de cercetare în studii observationale, acest fapt nefiind de natura a dauna pacientului.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal X [redacted] .. Data 25.09.2019

6. 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		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

7. Declarație privind prelucrarea datelor cu caracter confidențial conform legii și GDPR.

Vă informăm că datele personale ale dumneavoastră sunt prelucrate în interesul dvs., în conformitate cu prevederile **Legii 95/2006 și a Legii Pacientului 46/2003**, precum și a reglementărilor privind pachetele de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Dumneavoastră, ca pacient, puteți avea acces la datele personale și puteți cere modificarea sau actualizarea acestora.

În ceea ce privește ștergerea din baza de date sau uitarea, aceasta nu se poate face decât în condițiile legilor de mai sus. Referitor la restricționarea accesului la datele personale, acesta este reglementat mai sus, la punctul 2).

Conform solicitărilor dumneavoastră, spitalul nu își propune să tranzacționeze datele dvs. personale, participarea la studii clinice fiind singura posibilitate de transfer a datelor, dar este supusă unui consimțământ separat.

Vă asigurăm că datele dumneavoastră sunt prelucrate în mod legal, echitabil și transparent, numai în scopul acordării de îngrijiri medicale necesare.


Încercăm ca toate informațiile colectate să fie corecte, relevante, actualizate și voi fi păstrate conform **Regulamentului Intern și Legii Arhivelor Naționale Nr. 16/1996**.

Încercăm să asigurăm o securitate adecvată a datelor dumneavoastră personale prin securizarea sistemului IT al spitalului.

Pentru informații suplimentare, puteți accesa site-ul spitalului, www.suub.ro, sau să vă adresați ofiterului responsabil cu protecția datelor la mail-ul: dpo@suub.ro.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus .

Declar că toate datele declarate în prezentul consimțământ sunt adevărate și consimt informat la efectuarea tratamentului.


Semnătura pacientului
(reprezentantului sau aparținătorului)

25 / 03 / 2019
zi luna an