

**CONSILIUL JUDEȚEAN CONSTANȚA
SPITALUL CLINIC DE PNEUMOTIZIOLOGIE
-CONSTANȚA-**

Str.Sentinelei nr.40, cod fiscal 2983845, tel: 0241/486300
fax: 0241/486324 ; www.tbc.infomedic.ro



ANEXA nr. 1 din normele metodologice de aplicare a titlului XV din Legea nr. 95/2006

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

1.Datele pacientului	Numele si prenumele:	
	Domiciliul/resedinta:	
2. Reprezentantul legal al pacientului *	Numele si prenumele:	
	Domiciliul/resedinta:	
	Calitatea:	
3.Actul medical **	Spitalizare consultatii clinice, manevre medicale: prelevare de probe biologice (sange, urina, sputa, radiografii toracice, CT torace, ecografie (pleural si abdominala), perfuzii, injectii, transfuzii, bronhoscopie, toracenteza pleurala, paracenteza, tratamente, reabilitare respiratorie, explorare respiratorie complexa	
4.Au fost furnizate pacientului urmatoarele informatii in legatura cu actul medical:	Da	Nu
Date despre starea de sanatate		
Diagnostic ***		
Prognostic ***		
Natura si scopul actului medical propus, servicii medicale disponibile		
Interventiile si strategia terapeutica propuse		
Beneficiile si consecintele actului medical, cu alternative viabile de tratament si riscuri posibile		
Informatii despre regulile/ practicile din unitatea medicala, pe care trebuie sa le respecte		
Riscurile neefectuării tratamentului/nerespectării recomandărilor medicale		
Informatii despre identitatea si statutul profesional al personalului care il va trata *		
Pacientul a fost instiintat ca are dreptul la o a doua opinie medicala.		
Pacientul doreste sa fie informat in continuare despre starea sa de sanatate		
5. Au fost furnizate pacientului riscurile infectarii cu coronavirusul SARS-CoV-2 boala infectocontagioasa, pe perioada spitalizarii si impactul acestuia deosebit de grav asupra sanatatii.		
6. Pacientul este de acord cu participarea la învățământul medical, utilizarea datelor în scopul cercetării științifice, cu păstrarea confidențialității		
7. Pacientul a fost informat despre obligația de a sta spitalizat pana la obtinerea rezultatului testului RT PCR pt SARS COV 2.		
8. Consimtamant pentru recoltare, pastrarea si folosirea produselor biologice.		

9. Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale unei persoane din familie/altcineva cu menționarea numelui, prenumelui și nr telefon		
10. Pacientul este de acord cu comunicarea datelor cu caracter personal și libera circulație a datelor în temeiul Reg UE 2016/679 și GDPR		

I) Subsemnatul,, declar că am înțeles toate
 (numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal)
 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:/...../.....
Ora:	
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la 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.

X.....	Data:/...../.....
Ora:	
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului medical	

* Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin. (3) - (5) din normele metodologice)

** Pentru procedurile invazive se vor aplica și consimțămintele informate special destinate lor

*** Se refera la diagnosticul de suspiciune și prognosticul probabil