ANEXA 1

(Anexa nr. 1 la normele metodologice)

Formular de exprimare a acordului pacientului informat

**ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Datele pacientului | Numele şi prenumele: |  |
| Domiciliul/reşedinţa: |  |
| 2. Reprezentantul legal al pacientului\*) | Numele şi prenumele: |  |
| Domiciliul/Reşedinţa: |  |
| Calitatea: |  |
| 3. Actul medical (descriere):   |
| 4. Au fost furnizate pacientului următoarele informaţii în legătură cu actul medical: | Da | Nu |
| Date despre starea de sănătate |  |  |
| Diagnostic |  |  |
| Prognostic |  |  |
| Natura şi scopul actului medical propus |  |  |
| Intervenţiile şi strategia terapeutică propuse |  |  |
| Beneficiile şi consecinţele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:  |  |  |
| Riscurile potenţiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor: |  |  |
| Alternative viabile de tratament şi riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor: |  |  |
| Riscurile neefectuării tratamentului |  |  |
| Riscurile nerespectării recomandărilor medicale |  |  |
| 5. Consimţământ pentru recoltare | Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea şi folosirea produselor biologice. |  |  |
| 6. Alte informaţii care au fost furnizate pacientului |  |  |
| Informaţii despre serviciile medicale disponibile |  |  |
| Informaţii despre identitatea şi statutul profesional al personalului care îl va trata\*\*) |  |  |
| Informaţii despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte |  |  |
| Pacientul a fost încunoştinţat că are dreptul la o a doua opinie medicală. |  |  |
| 7. Pacientul doreşte să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate. |  |  |

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

\*\*) Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijeşte pacientul.

I) Subsemnatul, .......................................................................................... (numele şi prenumele pacientului / reprezentantului legal) ..........................................................................................................., declar că am înţeles toate informaţiile furnizate de către .................................................................................... (numele şi prenumele medicului / asistentului medical) ..................................................................................... şi enumerate mai sus, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informaţii adevărate şi 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 înţeles toate informaţiile furnizate de către .................................................................................... (numele şi prenumele medicului / asistentului medical care a informat pacientul) .................................................................................... şi enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecinţele refuzului actului medical şi îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

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

|  |
| --- |
| **Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul ..................................................................** (numele și prenumele pacientului) |
| Nr. crt. | Numele și prenumele | Statutul profesional |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| ... |  |  |