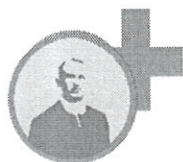




Formular de exprimare a acordului pacientului informat

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

1. Datele pacientului	Numele și prenumele:		
	Domiciliul/reședința:		
2. Reprezentantul legal al pacientului*)	Numele și prenumele:		
	Domiciliul/Reședința:		
	Calitatea:		
*) Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin. (3) - (5) din normele metodologice).			
3. Actul medical (descriere)			
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:	Da	Nu	
Date despre starea de sănătate			
Diagnostic			
Prognostic			
Natura și scopul actului medical propus			
Intervențiile și strategia terapeutică propuse			
Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:			
Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:			
Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:			
Riscurile neefectuării tratamentului			
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale			
	DA	NU	
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice.		
6. Alte informații care au fost furnizate pacientului			
Informații despre serviciile medicale disponibile			
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata*)			
*) Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul.			
Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte			
Pacientul a fost încunostințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.			
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.			



SPITALUL MUNICIPAL
"DR. TEODOR ANDREI"
LUGOJ

I) Subsemnatul,, (numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal) declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către (numele și prenumele medicului/asistentului medical, 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

Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul
(numele și prenumele pacientului)

Nr. crt.	Numele și prenumele	Statutul profesional
1		
2		
3		
4		
5		
..6.		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		