



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

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

Am cunoștință despre dreptul și libertatea, pe care le am, de a cere prezența unei alte persoane (reprezentant personal) pentru a fi asistat în acordarea consimțământului. În vederea efectuării investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului și a aplicării metodelor terapeutice, necesare recăpătării autonomiei personale. Cunosc, de asemenea, că am dreptul să refuz o procedură diagnostică sau un tratament cu care nu suni de acord.

Mi s-au adus la cunoștință, 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, cât 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.

Materialul biologic recoltat (sânge, țesuturi sau organe) în scop diagnostic, poate fi examinat și în scopuri de cercetare științifică, instrucție, poate fi fotografiat și publicat, fără o altă autorizație expresă din partea mea, păstrând confidențialitatea. Am fost informat că procesul de asistență medicală este dublat de procesul educațional **CONSINT** ca, în limitele impuse de decență și de 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 eu, 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 citit / mi s-a citit și am înțeles cele scrise mai sus. **SUNT DE ACORD CU ACESTEA.**

DATA

Semnătura pacientului.

.....

Medic, (semnătură și parafa)

.....

Reprezentant legal, (nume/prenume/semnătură)

.....



DECLARAȚIE

Subsemnatul, act de identitate în calitate de persoana vizata de prelucrarea de date,

sau

Subsemnatul, act de identitate în calitate de părinte / tutore legal al copilului....., în vârsta de ani

REFERITOR LA DATELE CU CARACTER PERSONAL		
Îmi dau consimțământul ca:	DA	NU
Să pot furniza date legate de starea mea de sănătate următoarelor persoane:		
Nume: _____ Prenume: _____ Date identificare (data nașterii sau adresă): _____		
Nume: _____ Prenume: _____ Date identificare (data nașterii sau adresă): _____		
Nume: _____ Prenume: _____ Date identificare (data nașterii sau adresă): _____		
Documentele medicale să fie ridicate în numele meu, de la sediul Spitalul Municipal "Dr. Teodor Andrei" Lugoj de următoarea persoană: Nume: _____ Prenume: _____ Date identificare (data nașterii sau adresă): _____		

*în cazul în care nu doriți să împuterniciți o altă persoană la unul dintre punctele de mai sus, căsuta NU se va bifa obligatoriu.

Confirm că prezentul formular a fost completat și semnat fără ca asupra mea să se fi exercitat vreo constrângere. Am luat la cunostință faptul că-mi pot retrage oricând consimțământul acordat.

Semnătură _____

Data _____