

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Acest document a fost emis, încheiat și semnat în temeiul prevederilor următoarelor reglementări legale:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, așa cum a fost modificată – art. 649 și următoarele.
- Legea nr. 46/2003 a dreptului pacientului.
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 386/2004 privind aprobarea normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.
- Ordinul nr. 482/2007 al Ministrului Sănătății Publice – "NORME METODOLOGICE de aplicare a titlului XV răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.
- Codul deontologic al medicului dentist.

Acest document constituie anexa la foaia de observație și/sau fișa pacientului și urmează a fi atașat la aceasta.

PERSONALUL MEDICAL CARE ÎNGRIJEȘTE PACIENTUL		
	Nume și prenume	Statut profesional
1		
2		
3		

1. Date pacient	Nume și prenume:		
	Codul numeric personal:		
	Domiciliul/reședință:		
2. Reprezentant legal	Nume și prenume:		
	Codul numeric personal:		
	Calitate:		
3. Actul medical (descriere)			
4. Ați fost informat legat de:		DA	NU
	Date despre starea de sănătate		
	Intervențiile și strategia terapeutică		
	Riscurile potențiale		
	Alternative de evoluție, cu și fără tratament		
	Diagnostic		
	Prognostic		
	Complicații posibile		
	Riscurile neefectuării tratamentului		
Riscurile nerespectării recomandărilor			

*Se utilizează în cazul "minorilor și majorilor fără discernământ".

*Acest document este destinat uzului exclusiv al medicului participant la seminarul "Cum ne apărăm de malpraxis?" și nu poate fi reproduș, comunicat sau făcut public în niciun mod și sub nicio motivație.

		DA	NU
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice.		
6. Consimțământ pentru efectuarea următoarelor investigații:			
7. Alte informații	Au fost furnizate pacientului informații despre serviciile medicale disponibile.		
	Au fost furnizate pacientului informații despre identitatea		
	Au fost furnizate pacientului informații despre regulile /practicile / obiceiurile din unitatea medicală.		
	Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.		
	Au fost furnizate pacientului informații despre natura și scopul tratamentului propus.		
	Au fost furnizate pacientului informații despre riscurile și consecințele tratamentului.		
	Pacientul a fost informat asupra costului estimativ al tratamentului		
8. Suferiți de o boală psihică care vă afectează discernământul?			
9. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.			

I) Subsemnatul pacient / reprezentant legal al pacientului declară că am înțeles toate informațiile furnizate de către medic și enumerate mai sus, că am prezentat medicului doar informații adevărate și îmi exprim consimțământul informat pentru efectuarea actului medical.

În cazul în care, pe parcursul realizării actului medical, nu îmi voi putea exprima voința, dar va apărea ca necesară o intervenție medicală de urgență, autorizez echipa medicală să intervină pentru a preveni deteriorarea stării mele de sănătate și/sau pentru a-mi salva viața.	DA	NU
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

DATA: / /

Semnătura pacientului / reprezentant legal care consimte informat la efectuarea actului medical:

II) Subsemnatul pacient / reprezentant legal al pacientului declară că am înțeles toate informațiile furnizate de către medic și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

DATA: / /

Semnătura pacientului / reprezentant legal care refuză efectuarea actului medical: