

Acordului informat la intervențiile medicale

(model adoptat conform cerințelor IMSP SCM nr.1)

Eu, subsemnatul _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) la următoarele proceduri de diagnostic/tratament prin diferite metode, expuse și bifate în anexa nr. 2 la ordinul MS nr. 303 din 06.05.2010 (se anexează), caracterul și scopul cărora mi-au fost explicate și propuse de către medicul, _____.

Am fost informat și am înțeles că aceste metode sunt efectuate prin utilizarea dispozitivelor (aparaturilor) _____

_____ special destinate metodelor propuse de diagnostic/tratament. Procedurile vor fi efectuate la recomandarea medicului de către asistentele medicale, special pregătite în acest domeniu.

În cadrul efectuării procedurilor de tratament eu voi fi conectat la aparatul (dispozitivul) medical prin intermediul _____

Si voi avea senzații _____ (vibrație, mici înțepături, căldură, semne caracteristice acestor forme de tratament).

Mi s-a explicat despre beneficiile acestor metode de diagnostic și tratament, care nu au un grad absolut de eficacitate și despre consecințele nedorite ce pot duce în anumite cazuri rare la complicații grave și chiar moarte. Vor fi luate toate măsurile de preîntâmpinare care constau în supravegherea atentă a stării mele de către personalul medical mediu în procesul tratamentului, iar utilajul și medicamentele necesare pentru acordarea asistenței medicale de urgență sunt disponibile.

Am înțeles tot ce mi-a explicat medicul și am primit răspuns la toate întrebările mele.

Binevol, îmi exprim consimțământul conștient, pentru efectuarea procedurilor descrise.

Concomitent îmi asum responsabilitatea pentru orice încălcare a regulilor de comportament și neîndeplinirea recomandărilor primite.

Informația despre diagnosticul stabilit, rezultatul investigațiilor efectuate, tratamentul administra, etc. permit să fie comunicată, în conformitate cu prevederile „Legii cu privire la protecția datelor cu caracter personal” nr. 133 din 08.07.2011.

Da _____

(numele prenumele persoanei/persoanelor)

Nu

Accept efectuarea următoarei notificări în certificatul de concediu medical eliberat:

- 1) Pentru incapacitatea temporară de muncă sau cauzată de tuberculoză, SIDA, cancer se va „100 %” și „din prima zi” (de bifat);
- 2) Pentru incapacitatea temporară de muncă a femeilor gravide care se află la evediența în instituțiile medico-sanitare se va indica/bifa în certificatul de concediu medical „din prima zi”.

Data _____ Numele, prenumele _____

Semnătura pacientului _____

(sau reprezentantul legal)

Confirm, că eu am explicat pacientului caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor descrise.

Data _____ Numele, prenumele _____

Semnătura medicului _____