



## ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

### 1.Date pacient:

Nume.....Prenume.....  
C.N.P.....,C.I./B.I.seria.....nr.....,cu  
domiciliul/resedinta in.....,str.....,nr.....,  
bl.....,sc.....,ap.....judet/sector.....

### 2.Date reprezentant legal\*:

Nume.....Prenume.....  
C.N.P.....,C.I./B.I.seria.....nr.....,cu  
domiciliul/resedinta in.....,str.....,nr.....,  
bl.....,sc.....,ap.....judet/sector.....in calitate de.....

**3. Actul medical (descriere)** (investigatie/tratament/operatie).....  
.....  
.....

<b>4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:</b>	<b>Da</b>	<b>Nu</b>
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		
<b>5. Consimțământ pentru recoltare</b>	<b>Da</b>	<b>Nu</b>
Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice.		



6. Alte informații care au fost furnizate pacientului	Da	Nu
Informații despre serviciile medicale disponibile		
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata* (anexa)		
Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte		
Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală.		
<b>7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.</b>		

În cazul în care medicii desemnați de către mine, din varii motive nu pot efectua operația / anestezia / tratamentul / investigația pentru care le-am acordat consimțământul meu, declar nula prezenta și înțeleg și accept să semnez un alt consimțământ cu un alt medic.

Subsemnata/ul pacient/a/reprezentant legal al pacientei/ului..... declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către . . . . . și enumerate mai sus, că am prezentat medicului (asistentului medical) doar informații adevărate și **imi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.**

Data...../...../201.....,ora.....

Semnatura pacientului/reprezentantului legal care  
**CONSIMTE informat efectuarea actului medical**

Subsemnata/ul pacient/a/reprezentant legal al pacientei/ului, .....declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către..... și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și **imi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.**

Data...../...../201.....,ora.....

Semnatura pacientului/reprezentantului legal care  
**REFUZA informat efectuarea actului medical**

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

