

## ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

<b>1. Date pacient</b>	Nume și prenume:			
	Domiciliul/reședință:			
<b>2. Reprezentantul legal al pacientului*</b>	Nume și prenume:			
	Domiciliul/reședință:			
	Calitate:			
<b>3. Actul medical (descriere)</b>				
<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				

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

		DA	NU
<b>5. Consimțământ pentru recoltare</b>	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice.		
<b>6 Alte informații care au fost furnizate pacientului</b>			
Informații despre serviciile medicale disponibile			
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata*			
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>			

\*Identificat in tabelul cu personalul medical care ingrijeste pacientul

I) Subsemnatul \_\_\_\_\_ (numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal) declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_ (numele și prenumele medicului/asistentului medical) și enumerate mai sus, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informații adevărate **și imi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.**

**X** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Ora:** \_\_\_\_\_

Semnătura pacientului / reprezentant 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 / reprezentant legal care refuză efectuarea actului medical