ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Datele pacientului	Numele şi prenumele:			
	Domiciliul/reşedinţa:			
Reprezentantul legal* al pacientului	Numele şi prenumele:			
	Domiciliul/reşedinţa:			
	Calitatea:			
3. Actul medical (descriere)				
A. Au fost furnizate pacientului următoarele informaţii în legătură cu actul medical:			Da	Nu
Date despre starea de sănătate				
Diagnostic				
Prognostic				
Natura şi 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				
5. Consimţământ pentru recoltare		Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice în scop diagnostic.		4
6. Alte informaţii care au fost furnizate pacientului				
Informaţii despre serviciile medicale disponibile				
Informaţii despre identitatea şi statutul profesional al personalului care îl va trata**			٠	
Informaţii 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.				
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.				

^{*} Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin. (3)-(5) din normele metodologice). ** Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul.

I) Subse	emnatul,(numele şi prenumele pacientului/re	prezentantului legal)
declar o	că am înțeles toate informațiile furnizate de către	
	(numele şi prenumele medicului/a	sistentului medical)
şi enum	nerate mai sus, că am prezentat medicului/asisten	tului medical doar informaţii adevărate şi îmi
exprim a	acordul informat pentru efectuarea actului medical.	
Ca	X	/Ora:
	emnatul,(numele și prenumele pacientului/re ă am înțeles toate informațiile furnizate de către	prezentantului legal)
************	(numele şi prenumele medicului/as	sistentului medical)
si enume	erate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuz	•
	rea actului medical.	ulul actulul meulcai şı imi expirim reluzul pentru.
	X	
Tabe	l cu personalul medical care îngrijeşte pacientul	(numele și prenumele pacientului)
Nr. crt.	Numele şi prenumele	Statutul profesional
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
· · · · ·		
<u></u>		