



CONSILIUL JUDEȚEAN NEAMȚ
SPITALUL DE PSIHIATRIE
"SF. NICOLAE" ROMAN
 Str. Ion Nanu, nr.4, oras Roman, jud. Neamt
 Telefon/fax 0732-143157
 E-mail: spital@spsnroman.ro
 Website: www.spsnroman.ro



CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT AL PACIENTULUI

1. Datele pacientului	Numele și prenumele:		
	Domiciliul/reședința:		
	Legitimat cu B.I./C.I. seria.....nr....., CNP.....		
Date aparținători	Nume și prenume..... Calitate sot/sotie/fiu/fiica/nepot/parinte/alta Numar telefon Date contact medic de familie (nume și prenume/adresa/telefon)		
2. Reprezentantul legal al pacientului*)	Numele și prenumele:		
	Domiciliul/reședința:		
	Legitimat cu B.I./C.I. seria __ nr. ____, CNP.....		
	Calitateaactul doveditor.....		
3. Actul medical (descriere)			
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:	Da	Nu	
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: (riscurile asociate asistenței medicale precum: riscul infecțios)			
Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:			
Riscurile neefectuării tratamentului			
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale			
Planul de tratament și obiectivele acestuia			
Interacțiunile tratamentului recomandat de spital cu alte medicamente sau activități uzuale (condus autoturism etc.)			
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice		
6. Alte informații care au fost furnizate pacientului			
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			
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate			
Sunt de acord , în conf. cu art. 24 alin (2), Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 ca domnul/doamna: _____ să aibă acces deplin, atât în timpul vieții, cât și după eventualul meu deces, la informațiile cu caracter confidențial din foaia de observație Semnătura pacientului/reprezentantului legalData.....			



CONSILIUL JUDEȚEAN NEAMȚ
SPITALUL DE PSIHIATRIE
"SF. NICOLAE" ROMAN
 Str. Ion Nanu, nr.4, oras Roman, jud. Neamt
 Telefon/fax 0732-143157
 E-mail: spital@spsnroman.ro
 Website: www.spsnroman.ro



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

Declar că m-am prezentat din proprie voință, liber de orice constrângere și am solicitat evaluarea stării mele de sănătate pentru precizarea unui diagnostic și formularea unui program terapeutic individual.

Am luat cunoștință despre dreptul și libertatea pe care le am de a desemna o persoană (reprezentant convențional) care să mă asiste sau să mă reprezinte pe durata tratamentului medical, în ceea ce privește internarea și tratamentul medical, inclusiv drepturile pe care le am pe durata tratamentului.

Declar că am înțeles toate informațiile furnizate, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

Declar că am înțeles toate informațiile furnizate, că am prezentat medicului/asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

Mi s-au prezentat **riscurile asociate asistenței medicale** precum: **riscul infecțios**, cardiac, vascular, volemic) precum și **riscurile imprevizibile** (inclusiv riscul oricât de mic de deces) consecințele pe care le presupune tratamentul, cât și riscurile pe care le impun investigațiile speciale ce fac parte din operația/tratamentul pe care urmez să îl efectuez.

Declar că sunt conștient de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul tratamentului este spre binele meu.

Ca urmare, înțeleg necesitatea acestui tratament pe care doresc să îl efectuez și recunosc că nu mi se poate da o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final.

În cazul în care în timpul intervenției terapeutice apar situații și condiții neprevăzute, care impun proceduri suplimentare față de cele descrise mai sus ca fiind acceptate de către mine (inclusiv TRANSFUZIA), accept ca medicul desemnat să acționeze în baza pregătirii sale profesionale în consecință doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale și numai în interesul meu personal și înspre binele meu. De la acest accept face excepție:

În consecință și în condițiile precizate, **îmi dau liber și în cunoștință de cauză, consimțământul la :**

	Da	Nu
Recoltarea de probe pentru investigații de laborator	Da	Nu
Recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice	Da	Nu
Efectuarea de alte investigații neinvazive		
1. Ecografie	1. Da	Nu
2. Electrocardiografie	2. Da	Nu
3. Monitorizare TA (MAPA)	3. Da	Nu
4.	4. Da	Nu
5.	5. Da	Nu
Efectuarea de investigații radiologice :		
1. Radiografie	1. Da	Nu
2. Computer tomograf	2. Da	Nu
3. RMN	3. Da	Nu
4. Altele.....	4. Da	Nu
Efectuarea tratamentului medicamentos :		
1. Parenteral – injecții intramusculare	1. Da	Nu
2. Parenteral - perfuzii	2. Da	Nu
3. Per os (administrare bucală)	3. Da	Nu
4. Altele.....	4. Da	Nu
Efectuarea de proceduri de investigare sau terapeutice invazive :		
1. Data.....	1. Da	Nu
2. Data.....	2. Da	Nu
3. Data.....	3. Da	Nu
4. Data.....	4. Da	Nu
5. Data.....	5. Da	Nu
Efectuarea de proceduri terapeutice nou introduse :	Da	Nu
.....		



CONSILIUL JUDETEAN NEAMT
SPITALUL DE PSIHIATRIE
"SF. NICOLAE" ROMAN
 Str. Ion Nanu, nr.4, oras Roman, jud. Neamt
 Telefon/fax 0732-143157
 E-mail: spital@spsnroman.ro
 Website: www.spsnroman.ro



x _____ Data: ____/____/____ Ora: _____

Semnătura pacientului/rezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical

II) Subsemnatul pacient/rezentant 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/rezentantului legal care refuză efectuarea actului medical

III) Subsemnatul pacient/rezentant legal/ _____ declar că sunt de acord cu accesul mass-media cu privire la persoana mea și/sau la informațiile mele medicale

x _____ Data: ____/____/____ Ora: _____

Semnătura pacientului/rezentantului legal/rezentant care consimte la accesul mass-media

PACIENT CU DISCERNĂMÂNT, FĂRĂ CAPACITATE DE A SCRIE

Nu știe să scrie	Are o infirmitate (se notează care este infirmitatea)

Date contact medic de familie (nume și prenume/adresă/telefon).....

Subsemnatul (cadru medical), _____, **în calitate de martor**, confirm că prezentele formulare de consimțământ au fost citite de către dr. în prezența mea și pacientul **și-a exprimat verbal acordul/refuzul** fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Semnătura martorului _____

Semnătura medicului care a făcut informarea

¹.Se vor nota datele de identitate ale acestuia, gradul de rudenie, precum și datele împuternicirii de reprezentare în cazul tutorilor

DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR PERSONALE

Subsemnatul/a _____,având CNP _____ îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Spitalul de Psihiatrie "Sf. Nicolae" Roman. Sunt informat de către beneficiar - că aceste date vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date și prevederile Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, transpusă prin Legea nr. 506/2004.

Data

Semnătură pacient/rezentant legal