IMSP INSTITUTUL MAMEI ŞI COPILULUI

Secţia/Compartiment: _____

ACORD INFORMAT AL PACIENTULUI / PĂRINTELUI / REPREZENTANTULUI LEGAL

Date pacient / părinte / reprezentant legal /:
Subsemnatul _____ , domiciliat în _____ ,
legitimat cu B.I. seria _____ , nr._____, în calitate de:
□ **pacient** (doar în cazul pacientului major)
□ **părinte** al pacientului _____ , în vîrstă de __ ani____ luni,
CNP pacient _____ , internat în Secţia _____,
□ **reprezentant legai** al pacientului _____ __ , în vîrstă de __ ani____ luni,
CNP pacient _____ , internat în Secţia _____,
act doveditor al reprezentantului legal (ex.: procura nr._____).

Declar că am fost informat de către medicul _____ despre:

Actul medical: _____		
Operaţia chirurgicală recomandată: _____		
1. Mi s-au furnizat următoarele informaţii cu privire la actul medical:		
√ Date despre starea de sănătate	da	nu
√ Supoziţii de diagnostic / Diagnostic	da	nu
√ Natura şi scopul actului medical propus	da	nu
√ Intervenţiile şi strategia terapeutică propuse	da	nu
√ Beneficiile şi consecinţele actului medical	da	nu
√ Riscurile potenţiale ale actului medical (inclusiv riscul infecţios) şi riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricît de mic de dezvoltare a unor complicaţii)	da	nu
√ Alternative viabile de tratament şi riscurile acestora	da	nu
√ Riscurile neefectuării tratamentului	da	nu
√ Riscurile nerespectării recomandărilor medicale	da	nu
2. Alte informaţii furnizate:		
√ Informaţii despre serviciile medicale disponibile	da	nu
√ Informaţii despre identitatea şi statutul profesional al personalului care îl va trata şi a personalului medical care îngrijeşte pacientul	da	nu
√ Informaţii despre regulile din IMSP IMşiC, pe care trebuie să le respecte – **Normele de conduită a pacientului în cadrul IMSP Institutul Mamei şi Copilului**)	da	nu
√ Dreptul la o a doua opinie medicală	da	nu
3. În cazul în care în timpul intervenţiei medicale apar situaţii şi condiţii neprevăzute, care impun proceduri suplimentare faţă de cele descrise ca fiind acceptate de către mine (inclusiv transfuzia), accept ca medicul desemnat să acţioneze în baza pregătirii sale profesionale în consecinţă, doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale şi numai în interesul pacientului şi înspre binele său. De la acest accept face excepţie: _____	da	nu
4. Am fost informat că procesul de asistenţă medicală este dublat de procesul educaţional şi consimt ca, în limitele impuse de decenţă şi bunul simţ, să particip la procesul educaţional, inclusiv în ceea ce priveşte vizite şi mici manevre efectuate de personalul aflat în pregătire, atîta timp cît aceasta nu afectează calitatea îngrijirilor medicale. Am fost informat că pot refuza acest lucru de principiu sau în momentele pe care le aleg eu, fără a fi obligat să dau alte explicaţii şi fără a fi afectate drepturile mele de pacient.	da	nu
5. Sunt de acord cu participarea la învăţămîntul medical, efectuarea consultului medical în scop didactic de către personalul aflat în procesul educaţional şi pentru ca informaţiile de specialitate despre starea de sănătate să fie folosite în procesul de învăţămînt şi cercetare.	da	nu
6. Sunt de acord ca rezultatele analizelor efectuate pentru stabilirea diagnosticului şi tratamentului bolii actuale să fie folosite pentru eventualele studii ştiinţifice elaborate în cadrul clinicii, respectînd dreptul la confidenţialitate al pacientului.	da	nu

7. Sunt de acord să se efectueze pacientului investigaţii de laborator pentru precizarea diagnosticului (după caz): *În urma consimţământului dumneavoastră, **copilului i se va face o puncţie venoasă** prin care se vor extrage cîţiva ml de sînge, utilizîndu-se un ac ce i se va introduce într-o vena. Zona în care se va efectua puncţia va fi atent dezinfectată cu alcool. Se vor folosi numai instrumente sterile şi de unică folosinţă, iar procedura, care va dura cîteva minute, va fi efectuată de personal medical de specialitate. Pentru siguranţa dumneavoastră ca şi aparţinător, avînd în vedere implicarea emoţională, în timpul efectuării acestei proceduri, în unele cazuri, vă recomandăm să nu asistaţi la aceste recoltări. Există unele situaţii în care pacientul de vîrstă mică care necesită astfel de recoltări de probe să necesite o uşoară imobilizare efectuată cu ajutorul personalului medical auxiliar sau, în cazuri selecţionate cu ajutorul unuia dintre părinţi - această imobilizare este necesară pentru a evita rănirea copilului şi pentru ca recoltarea să se facă cît mai rapid şi în condiţii de siguranţă pentru pacient. La contactul cu personalul medical, sau la vederea acului, sau în momentul efectuării puncţiei venoase, copilul poate deveni agitat, iar ca urmare a durerii resimţite în urma înţepăturii şi a emoţiei unii copii pot prezenta chiar leşin (lipotimie; o stare de rău, cu începţoşarea privirii, tulburări trecătoare ale conştienţei, paloare, transpiraţii, cu durată de cîteva minute, după care pacientul îşi revine). Există de asemenea riscul unei mici sîngerări la locul puncţiei şi formarea unui hematom (vînătaie). Foarte rar există riscul unei infecţii locale: se întîmplă ca vena care a fost înţepată să devină dureroasă şi/sau zona să se înroşească. În toate aceste situaţii se va acţiona cu maximă atenţie în vederea minimizării oricărei complicaţii. În mod excepţional, în funcţie de modul de desfăşurare a activităţii de laborator, vi se poate solicita o nouă recoltare de sînge. De asemenea, avînd în vedere vîrsta mică, prezenţa febrei sau a altor modificări de boală ale copilului, se poate întîmpla ca recoltarea de sînge să nu reuşească la prima tentativă şi să necesite puncţionări repetate ale venelor, uneori fiind chemată în ajutor o altă asistentă. Asigurăm însă, că aceste puncţionări repetate se vor face în aceeaşi zi, doar dacă efectuarea de analize este neapărat necesară (ex.: gravitatea cazului, necesitatea stabilirii tratamentului de urgenţă etc.) şi cu maximă atenţie pentru a minimaliza disconfortul copilului.*		
√ recoltare de sînge venos (la nevoie cu montare de cateter venos periferic), arterial sau capilar	da	nu
√ recoltare exsudat faringian și/sau nazal	da	nu
√ recoltare de spută	da	nu
√ recoltare de secreții: auriculară, conjunctivală, vulvară, din plagă	da	nu
√ recoltare de urină	da	nu
√ recoltare de scaun	da	nu
8. Sunt de acord să se efectueze pacientului examinări neinvazive, pentru precizarea diagnosticului (după caz):		
√ monitorizarea funcţiilor vitale (frecvenţă respiratorie şi cardiacă, puls-oximetrie)	da	nu
√ electrocardiogramă	da	nu
√ electroencefalogramă şi/sau electromiogramă	da	nu
√ explorări funcţionale respiratorii sau digestive	da	nu
√ ecografie	da	nu
√ teste cutanate alergologice	da	nu
√ testarea intradermică cu tuberculină (proba Mantoux)	da	nu
9. Consimt şi accept tratamentul administrat pe căile indicate de medic: **digestive** (bucală - inclusiv prin sondaj nazogastric; rectală - supozitoare, soluţii); **respiratorie** (aerosoli); **nazală** (picături nazale); **oculară** (picături în sacul conjunctival); **cutanată** (creme, unguente; **injectabil** (subcutanat, intradermic, intramuscular, intravenos, vaccinare); **nutriţie enterală pe sonda nazo-gastrică. nutriţie parenterală.** În cazul, în care va fi necesar consimt la efectuarea psihodiagnosticului şi a evaluării logopedice şi accept intervenţia clinică a psihologului şi/sau manoperele de kinetoterapie/fizioterapie. *Dacă administrarea de medicamente pe cale venoasă se face în mod repetat, pe o perioadă mai mare de timp atunci este nevoie de inserarea unei branule - un tubuleţ steril, de unică întrebuinţare care se montează în interiorul unei vene. Avînd în vedere vîrsta mică, prezenţa febrei sau a altor modificări de boală ale copilului, se poate întîmpla ca montarea acestei branule să nu reuşească la prima tentativă şi să necesite puncţionări repetate ale venelor, uneori fiind chemată în ajutor o altă asistentă. Asigurăm însă, că aceste puncţionări repetate se vor face cu maximă atenţie pentru a minimaliza disconfortul copilului.*	da	nu
10. Am fost informat că **orice medicament poate avea efecte adverse, unele frecvente, altele rare, unele uşoare, altele severe.** În situaţia, în care îmi însoţesc copilul pe durata spitalizării, în momentul apariţiei unor noi manifestări după începerea unei medicaţii, admit că este responsabilitatea mea să anunţ imediat medicul curant - sau de gardă sau asistenta medicală pentru a mi se spune dacă aceste manifestări sunt în relaţie cu medicamentul respectiv, ce anume trebuie făcut în continuare şi care sunt alternativele terapeutice.	da	nu
11. Menţionez, că am relatat medicului despre toate medicamentele pe care pacientul le are în momentul de faţă în tratament, înainte de această internare şi acestea sunt: a. _____ c. _____ b. _____ d. _____	da	nu

12. Pentru a minimaliza riscul contactării în spital a unor boli infecţioase am fost instruit să reduc la minim vizitele altor membri ai familiei în salonul copilului meu şi de asemenea am luat la cunoştinţă despre interdicţia de a vizita alte saloane			da	nu
13. Efectuarea de investigaţii radiologice	**Data acordului**	**Semnătura**		
1. Radiografie			da	nu
2. Computer tomograf			da	nu
3. RMN			da	nu
4. Altele			da	nu
14. Efectuarea de proceduri de investigare sau terapeutice invazive	**Data acordului**	**Semnătura**		
1.			da	nu
2.			da	nu
3.			da	nu
4.			da	nu
15. Am fost informat că Acordul pentru o anumita procedură/manoperă poate fi retras de către mine în orice moment al internării (înainte de efectuarea procedurii/manoperei) cu asumarea de către mine a riscurilor ce derivă din această decizie.			da	nu
16. Pacientul / părintele / reprezentantul legal doreşte să fie informat în continuare despre starea de sănătate a pacientului.			da	nu
17. Îmi exprim acordul ca informaţiile despre starea de sănătate şi datele medicale ale pacientului să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos:			da	nu

Numele şi prenumele persoanei / persoanelor indicate de către pacient / părinte / reprezentant legal	**Calitatea persoanei (grad de rudenie / altă relaţie**
1.	
2.	
3.	

NOTĂ DE INFORMARE

* Am luat la cunoştinţă de prevederile stipulate în **Legea nr.133 din 08.07.2011 „Privind protecţia datelor cu caracter personal",** cu modificările ulterioare**.** Spitalul nostru prelucrează datele dumneavoastră cu caracter personal (nume şi prenume, sexul, data şi locul naşterii, cetăţenia, date din actele de stare civilă, nr. asigurării de sănătate, adresa, profesia, date care denotă originea etnică, C.N.P., seria şi numărul actului de identitate şi date privind starea de sănătate) prin mijloace automatizate/manuale, în scopul îmbunătăţirii serviciilor medicale.
* Datele colectate sunt necesare pentru a vă acorda aceste servicii.
* Informaţiile înregistrate sunt destinate utilizării de către spital şi sunt comunicate numai următorilor destinatari: Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale, Compania Naţională de Asigurări Medicale, Agenţia Naţională de Sănătate Publică, altor prestatori de servicii medicale acreditaţi sau dacă legea o cere în mod expres, organelor de drept la solicitarea oficială.
* Potrivit Legii nr.133/2011 aplicăm măsurile tehnice şi organizatorice adecvate pentru protejarea datelor cu caracter personal împotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii, modificării, dezvăluirii sau accesului neautorizat. Ca urmare, Spitalul a luat toate măsurile de securitate a prelucrărilor de date cu caracter personal.

Certific că am citit, înţeles şi accept pe deplin cele de mai sus şi ca urmare îmi exprim:

□ ACORDUL **□ REFUZUL**

pentru efectuarea actului medical.

Mă oblig să aduc la cunoştinţa părintelui absent prezentul acord.

_____Data: _____ / ___ / _____ Ora: ____ .

Semnătura pacientului / părintelui / reprezentantului legal

Semnătura medicului care a făcut informarea: _____