

## FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT ÎN VEDEREA TRATAMENTULUI/OPERAȚIEI

Subsemnatul \_\_\_\_\_ domiciliat în \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ legitimat cu B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ în calitate de:

1. pacient internat în secția \_\_\_\_\_
2. reprezentant legal al copilului \_\_\_\_\_ în vârstă de \_\_\_\_\_ ani
3. aparținător (soț, soție, frate, soră, fiu - în cazul în care pacientul este în incapacitatea de a decide) al pacientului \_\_\_\_\_ internat în secția \_\_\_\_\_ consimt să urmez operația/tratamentul următor<sup>1</sup>:

Natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării/neeefectuării acestei operații/tratament, precum și a celorlalte operațiuni terapeutice, mi-au fost explicate pe înțelesul meu de către Dr. \_\_\_\_\_. Mi s-au prezentat riscurile asociate precum și riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricât de mic de deces) consecințele pe care le presupune tratamentul/intervenția, cât și riscurile pe care le impun investigațiile speciale ce fac parte din operația/tratamentul pe care urmează să îl efectuez. Declar că sunt conștient de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul intervenției/tratamentului este spre binele meu.

Ca urmare, înțeleg necesitatea acestei operații/tratament pe care doresc să îl efectuez și recunosc ca 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 nu numai în interesul meu personal și înspre binele meu, de la acest accept face excepție<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

În scopul realizării operației, consimt de asemenea la administrarea anesteziei ce mi-a fost indicată (generală/alt tip)<sup>3</sup> \_\_\_\_\_. Riscurile actului anestezic mi-au fost explicate cu ocazia consultării mele de către Dr. \_\_\_\_\_.

În consecință și în condițiile precizate, îmi dau liber și în cunoștință de cauză, consimțământul la operația/tratamentul prezentat.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare le semnez.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal<sup>4</sup> \_\_\_\_\_ ziua \_\_\_\_\_ luna \_\_\_\_\_ anul \_\_\_\_\_

Subsemnatul, in calitate de martor, \_\_\_\_\_ confirm că prezentul formular de consimțământ a fost completat în prezența mea și semnat de pacient fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Semnătura martorului \_\_\_\_\_ ziua \_\_\_\_\_ luna \_\_\_\_\_ anul \_\_\_\_\_

### CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

Am înțeles beneficiile și riscurile investigației/procedurii (.....) invazive ce urmează să mi se facă și **sunt de acord/nu sunt de acord** cu efectuarea acesteia.

De asemenea în cazul apariției în timpul procedurii a unei complicații ce necesită intervenție chirurgicală de urgență, **sunt de acord/nu sunt de acord** ca aceasta să se efectueze în conformitate cu decizia medicului curant.

Nume.....

Data .....

Prenume .....

<sup>1</sup>Pacientul va scrie clar operația/tratamentul pe care înțelege să o efectueze și pe care acceptă pentru a nu exista reclamații ulterioare bazate pe confuzie, de exemplu va nota : „amputația membrului inferior sub nivelul genunchiului” colectomie dreaptă, ACN, etc.

<sup>2</sup>Exemplu: extirparea unui organ, indicația de a nu mai resuscita în cazul stopului cardiorespirator,etc.

<sup>3</sup>Se specifică obligatoriu ce tip de anestezie se va aplica.

<sup>4</sup>.Se vor nota datele de identitate ale acestuia,gradul de rudenie, precum și datele împuternicirii de reprezentare în cazul tutorilor.