

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU ANESTEZIE

1. Datele pacientului	Numele și prenumele	
	Domiciliul/reședința	
	CNP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Reprezentantul legal al pacientului*	Numele și prenumele	
	Domiciliul/reședința	
	Calitatea	
	CNP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Operația		4. Tip anestezie (generală sau alt tip)

*se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ – pentru art. 8 alin. (3)-(5) din OMS nr. 482/2007

1. Medicul anestezist este șeful echipei anestezice și are toată libertatea de a-și alege echipa cu care lucrează. Medicul anestezist este cel care hotărăște procedura anestezică și o aplică în conformitate cu protocoalele naționale, manualele medicale de specialitate și cu regulile de deontologie medicală.
2. Orice anestezie înseamnă o agresiune majoră asupra organismului pacientului și, în acest sens, este grevată de riscuri de tip infecțios, cardiac, vascular sau volemic și de complicații grave. Chiar în condițiile în care echipa anestezică lucrează cu maximum de competență, precizie și acuratețe, complicațiile sunt posibile și un procent semnificativ de pacienți fac aceste complicații în timpul operației sau în timpul convalescenței.
3. **Am fost informat** cu privire la principalele riscuri previzibile și imprevizibile și complicațiile posibile și **am înțeles** că acestea nu depind doar de acuratețea echipei anestezice și că nu există o modalitate de a le elimina în totalitate.
4. **Am fost informat** asupra faptului că riscul de deces există, dar variază foarte mult în funcție de vârstă, boala de bază, bolile asociate, tipul și complexitatea anesteziei și a intervenției chirurgicale. **Am înțeles** că am toată libertatea de a primi mai multe informații despre acest risc la alegerea mea și că medicul anestezist este disponibil să îmi ofere informații suplimentare.
5. **Înțeleg** necesitatea intervenției chirurgicale, precum și faptul că tipul de anestezie va fi adaptat acestuia și antecedentelor personale patologice.
6. 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 pacient (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 personal al pacientului și înspre binele său.
De la acest accept face excepție: _____
7. **Am înțeles** că am toată libertatea de a pune întrebări, iar medicul anestezist are obligația de a-mi oferi informațiile referitoare la anestezie la un nivel științific rezonabil pentru puterea mea de înțelegere. Este în întregime responsabilitatea mea de a pune întrebări, iar medicul anestezist nu poate fi acuzat în cazul în care nu am folosit acest drept.

<p>I. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ (numele și prenumele medicului anestezist) și enumerate mai sus și ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU ANESTEZIE ÎN VARIANTA PROPUȘĂ DE CĂTRE MEDICUL ANESTEZIST.</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>_____</p> <p>Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea anesteziei</p>	<p>II. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ (numele și prenumele medicului anestezist) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului pentru efectuarea anesteziei și ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA ANESTEZIEI ÎN VARIANTA PROPUȘĂ DE CĂTRE MEDICUL ANESTEZIST.</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>_____</p> <p>Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea anesteziei</p>
--	---

III. În cazul pacientului major, cu discernământ, fără capacitate de a scrie sau a citi:

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele medicului/asistentului medical), în calitate de martor, confirm că prezentul formular, a fost citit de către _____ (numele și prenumele medicului anestezist care a informat pacientul) și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și verbal **acordul pentru efectuarea anesteziei**/ **refuzul pentru efectuarea anesteziei** în varianta propusă de către medicul anestezist, fără ca asupra pacientului să se fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: _____

Data: ____/____/____

Semnătura martorului