



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

**SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI**

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: secretariat@spitalcfiasi.ro

Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitalcfiasi.ro

# OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI

## PO-MED-02

### **NOTĂ:**

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinară necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

### **Revizie**

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare de structura, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI

Cod: PO-MED-02

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1 / 11

### Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii

| Nr crt | Ediția/ revizia în cadrul ediției | Componenta revizuită | Modalitatea reviziei                                                                                                                                                   | Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției |
|--------|-----------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1      | 1/0                               | integral             | Elaborare inițială                                                                                                                                                     | 28.09.2022                                                      |
| 2      | 1/1                               | Cap. 5               | Pct. 5.2.1., 5.3.                                                                                                                                                      | 07.12.2022                                                      |
|        |                                   | Cap. 8 Anexe         | 1. Modificare formulare:<br>▶ PO-MED-02/F1<br>▶ PO-MED-02/F9<br>▶ PO-MED-02/F15<br>2. Adăugare formulare noi:<br>▶ PO-MED-02/F20<br>▶ PO-MED-02/F21<br>▶ PO-MED-02/F22 |                                                                 |
| 3      | 1/2                               | Cap. 4, 5, 6, 7, 8   | Modificare conținut și formulare                                                                                                                                       | 29.06.2024                                                      |

### Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii

| Nr crt. | Elaborat / verificat / avizat / aprobat | Nume și prenume             | Funcția                                              | Semnătura | Data       |
|---------|-----------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|-----------|------------|
| 1       | Elaborat                                | Băhnăreanu Andreea          | RMC                                                  |           | 28.05.2024 |
|         |                                         | Dr. Gabriela Canschi        | Medic primar                                         |           | 28.05.2024 |
| 2       | Verificat                               | Dr. Cătălina Ciolpan        | Director medical/ Președinte Comisia de monitorizare |           | 30.05.2024 |
| 3       | Avizat juridic                          | Rotaru Alexandra-Florentina | Consilier juridic                                    |           | 31.05.2024 |
| 4       | Aprobat                                 | Dr. Elena Cristina Mitrofan | Manager                                              |           | 3.06.2024  |

Exemplar nr: Intranet





SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI

Cod: PO-MED-02

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 2 / 11

## CUPRINS

### 1. SCOP

### 2. DOMENIU DE APLICARE

### 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. *Definiții ale termenilor*

3.2. *Abrevieri ale termenilor*

### 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

### 5. DESCRIEREA PROCEDURII

5.1. *Acordul pacientului informat*

5.1.1. Acordul pacientului informat -- prevederi legale

5.1.2. Obținerea acordului pacientului informat

5.2. *Confidențialitatea datelor medicale ale pacientului*

5.2.1. Dreptul la confidențialitatea informațiilor și viața privată a pacientului

5.2.2. Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale

5.3. *Alte situații privind obținerea consimțământului informat*

5.4. *Consimțământul pacientului privind intervenția medicală*

5.5. *Consimțământul informat al pacientului în situații de urgență*

5.6. *Acordarea serviciilor medicale în absența consimțământului informat*

5.7. *Confidențialitatea datelor privind persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA (Legea nr. 584/2002)*

5.8. *Consimțământul pacientului privind participarea la învățământul medical*

5.9. *Răspunderea personalului medical*

### 6. RESPONSABILITĂȚI

### 7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

### 8. ANEXE

### 9. DIFUZARE

### 10. INDICATORI DE MONITORIZARE



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI

Cod: PO-MED-02

Ed.: I Rev.: 2

Pag.: 3 / 11

### 1. SCOP

Procedura stabilește situațiile și modul de obținere a consimțământului informat al pacientului, inclusiv excepțiile ori situațiile particulare cum ar fi refuzul pacientului, persoanele fără discernământ, minorii sau cazurile de urgență, astfel încât acordarea asistenței medicale să se realizeze într-un cadru legal și în beneficiul sănătății pacientului.

### 2. DOMENIU DE APLICARE

**2.1.** Procedura se aplică la nivelul tuturor secțiilor și compartimentelor medicale din cadrul Spitalului Clinic Căi Ferate Iași, inclusiv ambulatoriu.

**2.2.** Activitate procedurală: obținere consimțământ informat pacient

### 3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

#### 3.1. Definiții:

**3.1.1. Consimțământ informat** - reprezintă acordul în cunoștință de cauză al pacientului în legătură cu intervențiile medicale la care urmează să fie supus și consecințele acestora (inclusiv consecințe imprevizibile). Obținerea consimțământului se face după ce pacientul este informat în funcție de capacitatea acestuia de înțelegere, clar și cu referire directă la actul medical care urmează a fi efectuat comunicându-se orice informație utilă pentru a lua o decizie în deplină cunoștință de cauză.

**3.1.2. Pacient** - persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate (art. 1 lit. a) din Legea nr. 46/2003)

**3.1.3. Pacient fără discernământ** - persoană care nu are capacitatea de a înțelege natura bolii sale, pentru care este recomandat tratamentul și nu este apt să aprecieze consecințele deciziei sale de a-și da sau nu consimțământul. Această situație se întâlnește cel mai frecvent în caz de boală psihică sau deficiență mintală. Capacitatea persoanei poate să fie deplină sau afectată în grade variate, iar aptitudinea unui individ de a lua decizii poate varia în decursul timpului și în funcție de circumstanțe diferite. Pacientul trebuie implicat în cel mai înalt grad posibil în procesul de elaborare a planului de tratament, chiar și atunci când este suficient consimțământul reprezentatului său legal. Nu orice tip de judecată perturbată sau de gândire dezechilibrată anulează capacitatea mintală a individului. Reprezentantul legal este autorizat să-și dea consimțământul pentru tratamentul medical. Acesta acționează cu respectarea intereselor celui aflat în grija sa (ar trebui să ia aceleași decizii pe care le-ar fi luat pacientul în cazul în care ar fi fost capabil), deciziile anterioare ale pacientului pot orienta în acest sens.

**3.1.4. Intervenție medicală** - se înțelege orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare (art. 1 lit. d) din Legea nr. 46/2003)

**3.1.5. Medic curant** - se consideră medic curant numai medicii care lucrează în secțiile cu paturi, astfel (pct. 22 din Anexa nr. 3 la Ordinul nr. 1.782/576/2006):

- ▶ în secțiile medicale va fi considerat medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticul la externare;
- ▶ în secțiile chirurgicale va fi considerat medic curant medicul care parafează externarea și stabilește diagnosticul la externare dacă nu s-au efectuat intervenții chirurgicale SAU medicul operator principal („mâna întâi”) la intervenția chirurgicală principală

**3.1.6. Reprezentant legal** - se înțelege soțul/soția, copiii, părinții sau celelalte rude până la gradul al IV-lea al pacientului, tutorele, precum și orice persoană cu vârsta de minimum 18 ani împliniți pe care pacientul o desemnează în acest scop prin declarație încheiată în formă autentică, care se înregistrează în Registrul național notarial de evidență a procurilor și revocărilor acestora și care va cuprinde drepturile prevăzute de lege ce pot fi exercitate de reprezentant (art. 1 lit. f) din Legea nr. 46/2003)

#### 3.2. Abrevieri:

**3.2.1.** CT - Computer Tomograf

**3.2.2.** FOCG - Foaia de observație clinică generală

**3.2.3.** FSZ - Fișă pentru spitalizarea de zi

**3.2.4.** IRM - Imagistică prin Rezonanță Magnetică

**3.2.5.** RMC – Responsabil cu managementul calității



## 4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

- 4.1. **SR EN ISO 9000:2015** - Sisteme de Management al Calității. Principii fundamentale și vocabular
- 4.2. **SR EN ISO 9001:2015** - Sisteme de management al calității. Cerințe
- 4.3. **Legea nr. 95/2006, republicată în 2015** - Lege privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare
- 4.4. **Legea nr. 46/2003** - Legea drepturilor pacientului, cu modificările și completările ulterioare
- 4.5. **Legea nr. 584/2002** - Legea privind măsurile de prevenire a răspândirii maladiei SIDA în România și de protecție a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA, cu modificările și completările ulterioare.
- 4.6. **OMS nr. 482/2007** - Ordin al ministrului sănătății publice privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XV „Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare
- 4.7. **OMS nr. 1.410/2016** - Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, cu modificările și completările ulterioare
- 4.8. **Ordin nr. 607/2013** - Ordin al ministrului sănătății pentru aprobarea Normelor specifice privind autorizarea unităților de transfuzie sanguină din unitățile sanitare
- 4.9. **OMS nr. 446/2017** - Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor
- 4.10. **Ordin nr. 1.782/576/2006** - Ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare.
- 4.11. **H.G. nr. 451/2004** - Hotărârea Guvernului pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 104/2003 privind manipularea cadavrelor umane și prelevarea organelor și țesuturilor de la cadavre în vederea transplantului, cu modificările și completările ulterioare
- 4.12. **OSGG nr. 600/2018** - Ordinul secretarului general al Guvernului privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice
- 4.13. **Ordin Președinte A.N.M.C.S. nr. 35/2018** - Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate pentru modificarea Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor
- 4.14. **Hotărâre nr. 3/2016** – Hotărâre pentru modificarea Hotărârii Adunării generale naționale a Colegiului Medicilor din România nr. 2/2012 privind adoptarea Statutului și a Codului de deontologie medicală ale Colegiului Medicilor din România
- 4.15. **Hotărâre nr. 2/2009** - Hotărâre Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, privind adoptarea Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România, cu modificările și completările ulterioare
- 4.16. **„Consimțământul informat al pacientului”**, Cimpoeu Nicoleta Claudia, Asociația Pacienților Cronici din România, <https://aliantapacientilor.ro/wp-content/uploads/2016/01/Articol-Consimtamantul-informat-CIMPOERU-CLAUDIA.pdf>

## 5. DESCRIEREA PROCEDURII

### 5.1. Acordul pacientului informat

#### 5.1.1. Acordul pacientului informat – prevederi legale

- 5.1.1.1. Pentru a fi pe deplin legal, consimțământul pacientului trebuie să fie informat.
- 5.1.1.2. Actul medical nu se poate desfășura în absența consimțământului informat, cu excepția situațiilor de urgență ce pun în pericol viața pacientului.
- 5.1.1.3. Pacientul are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală.
- 5.1.1.4. Pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic. (art. 6 din Legea nr. 46/2003)



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI

Cod: PO-MED-02

Ed.: I Rev.: 2

Pag.: 5 / 11

5.1.1.5. Pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, asistent medical, pacientului i se solicită acordul scris. (art. 660 alin. (1) din Legea nr. 95/2006) (a se vedea **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/A1 – Obținerea consimțământului informat al pacientului – categorii pacienți**)

5.1.1.6. Vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. (art. 661 din Legea nr. 95/2006)

5.1.1.7. În vederea obținerii acordului scris al pacientului, medicul/asistentul medical sunt datori să prezinte pacientului informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia. (art. 660 alin. (2) din Legea nr. 95/2006)

5.1.1.8. Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului. (art. 660 alin. (3) din Legea nr. 95/2006)

5.1.1.9. Acordul scris al pacientului trebuie să conțină în mod obligatoriu cel puțin următoarele elemente (art. 8 alin. (1) din OMS nr. 482/2007):

- a) numele, prenumele și domiciliul sau, după caz, reședința pacientului;
- b) actul medical la care urmează a fi supus;
- c) descrierea, pe scurt, a informațiilor ce i-au fost furnizate de către medic, asistentul medical;
- d) acordul exprimat fără echivoc pentru efectuarea actului medical;
- e) semnătura și data exprimării acordului.

### 5.1.2. Obținerea acordului pacientului informat

La nivelul secțiilor, în vederea obținerii acordului pacientului informat se parcurg următorii pași:

- a) la internare, medicul curant/asistentul medical informează pacientul/reprezentantul legal privind toate aspectele prevăzute în formularul **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F1 - Acordul pacientului informat**;
- b) toate informațiile furnizate de către medicul curant/asistentul medical sunt prezentate la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a pacientului/reprezentantului legal;
- c) acordul pacientului informat se exprimă în scris, prin completarea formularului „Acordul pacientului informat”;
- d) medicul curant/asistentul medical care a realizat informarea se asigură de semnarea formularului cu acordul sau refuzul pacientului/reprezentantului legal cu efectuarea actului medical descris în formular;
- e) informațiile se aduc la cunoștință pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate. În cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă (prin intermediul unui traducător) ori într-o limbă pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare. Dacă pacientul nu este cetățean român, informațiile i se aduc la cunoștință într-o limbă de circulație internațională sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare. (art. 8 din Legea nr. 46/2003);
- f) în cazul pacientului major, cu discernământ, fără capacitate de a scrie sau a citi, se asigură un martor (medic/asistent medical) care va solicita exprimarea verbală a consimțământului sau, după caz, va citi textul consimțământului informat, urmând ca acesta să consemneze acordul sau refuzul în formularul de consimțământ informat cu descrierea tipului de infirmitate sau descrierea situației.
- g) *Acordul pacientului informat* se anexează la FOCG/FSZ.

### 5.2. Confidențialitatea datelor medicale ale pacientului

#### 5.2.1. Dreptul la confidențialitatea informațiilor și viața privată a pacientului

5.2.1.1. Spitalul asigură accesul neîngrădit al pacientului la datele medicale personale.

5.2.1.2. Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia (art. 21 din Legea nr. 46/2003).

5.2.1.3. Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres. (art. 22 din Legea nr. 46/2003)



## OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI

5.2.1.4. În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie. (art. 23 din Legea nr. 46/2003)

5.2.1.5. Prin excepție, pacientul are dreptul de a desemna, printr-un acord consemnat în anexa la foaia de observație clinică generală, o persoană care să aibă acces deplin, atât în timpul vieții pacientului, cât și după decesul pacientului, la informațiile cu caracter confidențial din foaia de observație – a se vedea pct. 5.2.2. din prezenta procedură (art. 24 alin. (2) din Legea nr. 46/2003)

5.2.1.6. Orice amestec în viața privată, familială a pacientului este interzis, cu excepția cazurilor în care această imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul pacientului, excepție fiind cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică. (art. 25 din Legea nr. 46/2003)

5.2.1.7. Condițiile privind accesul la informația medicală (inclusiv documente medicale personale) sunt stabilite prin procedura internă **PO-MED-05 Accesul pacienților la informația medicală**.

### 5.2.2. *Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale*

5.2.2.1. Pacientul internat are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său. (art. 9 din Legea nr. 46/2003)

5.2.2.2. Rudele și prietenii pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, cu acordul pacientului. (art. 10 din Legea nr. 46/2003)

5.2.2.3. La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a cere să nu fie informat în cazul în care informațiile medicale prezentate i-ar cauza suferință, precum și dreptul de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său. (art. 11 alin. (1) din OMS nr. 1.410/2016)

5.2.2.4. Acordul pacientului privind desemnarea persoanelor care pot fi informate despre starea sa de sănătate, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale se exprimă în scris, prin completarea formularului **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F1 - Acordul pacientului informat, punctul 10 „Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale”**.

### 5.3. *Alte situații privind obținerea consimțământului informat*

5.3.1. Pe parcursul internării, în funcție de nevoile de diagnostic și tratament, pacientului/ reprezentantului legal i se poate solicita să-și exprime consimțământul informat privind:

- a) întocmirea Planului de îngrijire – a se vedea **PO-NUR-01 Utilizarea planului de îngrijire**
- b) efectuarea anesteziei – **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F2 - Consimțământ informat pentru anestezie**  
*Consimțământul informat pentru anestezie se utilizează doar de către Secția ATI. În cazul anesteziilor locale, acestea se vor consemna în „Acordul pacientului informat”, punctul 3 „Actul medical (descriere)”.*
- c) efectuarea transfuziei (fișa pacientului transfuzat conține o secțiune referitoare la consimțământul informat cu privire la transfuzia de sânge) – a se vedea procedura operațională a Unității de Transfuzie Sanguină
- d) efectuarea procedurilor invazive/minim invazive -
  - ▶ **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F1 - Acordul pacientului informat, punctul 11 „Acordul pacientului privind efectuarea procedurilor invazive/minim invazive”**
  - ▶ **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F3 - Consimțământ informat pentru puncție biopsie cu ac fin (FNAB) al nodulului/nodulilor tiroidieni** (formular aplicabil și în cadrul ambulatoriului, Cabinetul de endocrinologie)
- e) efectuarea colonoscopiei – **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F4 - Consimțământ informat pentru colonoscopie**
- f) efectuarea endoscopiei digestive superioare - **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F5 - Consimțământ informat pentru endoscopie digestivă superioară – EDS**
- g) efectuare examinări radiologice - **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F1 - Acordul pacientului informat, punctul 12 „Acordul pacientului privind efectuarea examinărilor radiologice”**
- h) efectuare IRM – **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F6 - Consimțământ pentru investigația prin rezonanță magnetică (IRM)** (formular aplicabil și în cadrul ambulatoriului)



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI

Cod: PO-MED-02

Ed.: I Rev.: 2

Pag.: 7 / 11

- i) efectuare CT – **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F7 - Consimțământ pentru investigația prin computer tomografie (CT)** (formular aplicabil și în cadrul ambulatoriului)
- j) **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F8 - Consimțământ informat pentru participarea voluntară la efectuarea examinărilor radiologice** (aplicabil și aparținătorilor sau persoanelor care ajută voluntar pacientul)
- k) pacientului, aparținătorilor acestuia sau reprezentantului legal, după caz, i se solicită exprimarea acordului, în scris pentru: distrugerea țesuturilor care rămân după orientarea macroscopică a pieselor chirurgicale, biopsiilor sau fragmentelor recoltate la autopsie, numai după definitivarea diagnosticului histopatologic; folosirea unor fragmente tisulare/organe în scop didactic sau ca piese de muzeu, fără însă ca această situație să prejudicieze diagnosticul histopatologic; folosirea produselor biologice recoltate în studii medicale; folosirea în scop didactic/științific a imaginilor fotografice ale țesuturilor sau organelor recoltate/examinate. Acordul se exprimă conform Anexei 4 la H.G. nr. 451/2004 (a se vedea procedura operațională a Serviciului de Anatomie Patologică)
- l) a doua opinie medicală (a se vedea procedura privind a doua opinie medicală)

5.3.2. În cadrul consultațiilor acordate în ambulatoriu, se completează formularul **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F9 - Consimțământ informat pentru proceduri invazive/minim invazive – Ambulatoriu**

5.3.3. Consimțământul informat este obligatoriu pentru orice pacient care solicită analize medicale de laborator – formularul **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F10 – Consimțământ informat pentru recoltare analize medicale**. Formularul se aplică în cadrul ambulatoriului/Laboratorului de Analize Medicale.

5.3.4. Pacientul nu poate fi fotografiat sau filmat fără consimțământul său, cu excepția cazurilor în care imaginile sunt necesare diagnosticului sau tratamentului și evitării suspectării unei culpe medicale (art. 20 din Legea nr. 46/2003) – a se vedea procedura de sistem „Accesul mass-media în spital și relația cu publicul”.

5.3.5. Înainte de exprimarea în scris a consimțământului informat, medicul/asistentul medical informează pacientul/reprezentantul legal asupra beneficiilor și riscurilor pe care le implică actul medical ce urmează a fi efectuat.

5.3.6. În obținerea consimțământului informat al pacientului, medicul/asistentul medical sunt datori să prezinte pacientului informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia.

5.3.7. Toate tipurile de consimțământ informat reprezintă anexe la FOCC/FSZ.

5.3.8. În ambulatoriu, fiecare cabinet de consultații/laborator arhivează formularele de consimțământ conform normelor legale.

### 5.4. Consimțământul pacientului privind intervenția medicală

5.4.1. Prin intervenție medicală se înțelege orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare. (art. 1 lit. d) din Legea nr. 46/2003)

5.4.2. Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului. (art. 13 din Legea nr. 46/2003, art. 4 din OMS 1.410/2016)

5.4.3. Când pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență, personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o exprimare anterioară a voinței acestuia, dacă aceasta este cunoscută. (art. 14 din Legea nr. 46/2003, art. 5 din OMS 1.410/2016)

5.4.4. În cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență, consimțământul reprezentantului legal nu mai este necesar. (art. 15 din Legea nr. 46/2003)

5.4.5. În situația în care pentru efectuarea unei intervenții medicale se solicită consimțământul reprezentantului legal, pacientul trebuie să fie implicat în adoptarea deciziei, în limitele capacității sale de înțelegere. (art. 16 din Legea nr. 46/2003, art. 6 alin. (1) din OMS 1.410/2016)

5.4.6. În cazul în care medicul curant/medicul specialist din ambulatoriu consideră că intervenția este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să își dea consimțământul, decizia este declinată unei comisii de arbitraj de specialitate. Comisia de arbitraj este constituită din 3 medici pentru pacienții internați în spital și din doi medici pentru pacienții din ambulatoriu (art. 17 din Legea nr. 46/2003 și art. 6 alin. (2) din OMS 1.410/2016)

5.4.7. Consimțământul pacientului (acceptul/refuzul) privind intervenția medicală se exprimă obligatoriu în scris, prin completarea formularelor de consimțământ informat, anexe la FOCC/FSZ.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI

Cod: PO-MED-02

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 8 / 11

### 5.5. *Consimțământul informat al pacientului în situații de urgență*

5.5.1. Atunci când reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, medicul, asistentul medical pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorității tutelare sau pot acționa fără acordul acestuia în situații de urgență, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului. (art. 662 alin. (2) din Legea nr. 95/2006)

5.5.2. În cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ, iar medicul, asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal, soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată, datorită situației de urgență, și nu se poate solicita nici autorizarea autorității tutelare, deoarece intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului, persoana care a acordat îngrijirea întocmește un raport scris ce va fi păstrat la foaia de observație a pacientului, prin completarea formularului **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F11 - Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență** (art. 9 alin. (1) din OMS nr. 482/2007)

5.5.3. Raportul cuprinde descrierea împrejurării în care a fost acordată îngrijirea medicală, cu precizarea elementelor ce atestă situația de urgență, precum și a datelor din care să rezulte lipsa de discernământ a pacientului. (art. 9 alin. (2) din OMS nr. 482/2007)

5.5.4. Raportul cuprinde numele și prenumele persoanei care a acordat asistența medicală, data și ora la care a fost întocmit, actul medical efectuat în cauză, semnătura persoanei care a efectuat actul medical. (art. 9 alin. (3) din OMS nr. 482/2007)

5.5.5. În situația în care actul medical a fost efectuat cu participarea mai multor persoane, se vor preciza în raport numele tuturor persoanelor care au efectuat actul în cauză și tipul de manevre medicale efectuate și raportul va fi semnat de toate aceste persoane. (art. 9 alin. (4) din OMS nr. 482/2007)

### 5.6. *Acordarea serviciilor medicale în absența consimțământului informat*

5.6.1. În acordarea asistenței medicale, absența consimțământului informat apare în următoarele situații:

- a) refuzul intervenției medicale (a se vedea pct. 5.4.);
- b) situații de urgență.

5.6.2. Medicul curant/medicul de gardă/asistentul medical au obligația să explice pacientului consecințele refuzului sau ale opririi intervențiilor medicale.

5.6.3. Refuzul sau oprirea intervențiilor medicale se consemnează în scris, pe formularul de consimțământ informat, dar și în FOCG/FSZ.

5.6.4. Medicul curant decide asupra modului de continuare a acordării asistenței medicale în funcție de starea de sănătate a pacientului, cu avizul șefului de secție.

5.6.5. Pacientul are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală.

5.6.6. Atunci când reprezentantul legal refuză să-și dea consimțământul pentru intervenția medicală în interesul pacientului, asistența medicală se acordă conform prevederilor pct. 5.4.6. din prezenta procedură.

5.6.7. În situații de urgență, serviciile medicale sunt acordate conform prevederilor pct. 5.4. și 5.5. din prezenta procedură.

### 5.7. *Confidențialitatea datelor privind persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA (Legea nr. 584/2002)*

5.7.1. Păstrarea confidențialității datelor privind persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA este obligatorie pentru toți angajații Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

5.7.2. În cazul medicilor, informațiile cu privire la statusul HIV/SIDA al unui pacient trebuie să fie comunicate între specialiști, pentru a se asigura acuratețea diagnosticelor și conduitelor terapeutice chirurgicale și nechirurgicale în diferitele faze evolutive ale infecției HIV/SIDA. (art. 8 alin. (2))

5.7.3. Pacientul este obligat să informeze medicul curant, cu privire la statusul său HIV, atunci când îl cunoaște. (art. 8 alin. (3))

5.7.4. Testarea se realizează la cererea pacientului sau la solicitarea medicului, atunci când există suspiciune de infecție HIV, după semnarea fișei de consiliere (**PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F12 – Fișă de consiliere pre și post prelevare probe biologice pentru test HIV**). Refuzul pacientului de efectuare a testării se consemnează în foaia de observație.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI

Cod: PO-MED-02

Ed.: I Rev.: 2

Pag.: 9 / 11

### 5.8. *Consimțământul pacientului privind participarea la învățământul medical*

5.8.1. Consimțământul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale în învățământul medical clinic și la cercetarea științifică. Nu pot fi folosite pentru cercetare științifică persoanele care nu sunt capabile să își exprime voința, cu excepția obținerii consimțământului de la reprezentantul legal și dacă cercetarea este făcută și în interesul pacientului. (art. 19 din Legea nr. 46/2003)

5.8.2. Acordul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale la învățământul medical și se exprimă în scris, prin completarea **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F1 - Acordul pacientului informat, punctul 13 Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical.**

5.8.3. Participarea pacientului la învățământul medical clinic, are în vedere parcurgerea următoarelor etape:

- a) pacienților/reprezentantului legal, li se prezintă în ce anume constă activitatea de învățământ medical și li se explică necesitatea pregătirii de noi cadre medicale, precum și a practicii medicale;
- b) studenților/altor persoane implicate în procesul de învățământ medical, li se prezintă/explică drepturile pacientului, precum și obligația acestora de a respecta confidențialitatea datelor medicale personale ale pacienților și de a nu divulga informațiile privind pacientul, prezentate în timpul desfășurării activităților de învățământ medical;
- c) solicitarea consimțământului informat.

5.8.4. În cazul în care pacientul/reprezentantul legal nu își dă consimțământul privind participarea la învățământ medical, orice activitate în acest sens este anulată. Refuzul pacientului se consemnează în foaia de observație.

5.8.5. Activitățile de învățământ medical se desfășoară numai sub îndrumarea directă a unui cadru didactic.

5.8.6. Pe durata desfășurării activităților de învățământ medical, pacientul este respectat ca persoană umană, fără nicio discriminare.

### 5.9. *Răspunderea personalului medical*

5.9.1. Personalul medical răspunde civil pentru prejudiciile ce decurg din nerespectarea reglementărilor privind consimțământul informat. (art. 653 alin. (3) din Legea nr. 95/2006)

5.9.2. Medicul curant/asistentul medical răspund atunci când nu obțin consimțământul informat al pacientului sau al reprezentanților legali ai acestuia, cu excepția cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, iar reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, datorită situației de urgență. (art. 662 alin. (1) din Legea nr.95/2006)

5.9.3. Medicul răspunde disciplinar pentru nerespectarea legilor și regulamentelor profesiei medicale, a Codului de deontologie medicală și a regulilor de bună practică profesională. (art. 450 alin. (1) din Legea nr. 95/2006). Prevederile Codului de deontologie medicală privind consimțământul informat sunt prezentate în anexa **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/A2 – Codul de deontologie medicală: consimțământul**

5.9.4. Asistentul medical răspunde disciplinar pentru nerespectarea prevederilor Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România (a se vedea anexa **PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/A3 – Codul de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România: consimțământul**)

## 6. RESPONSABILITĂȚI

### 6.1. Manager

- ▶ constituie comisia de arbitraj în situația în care reprezentantul legal al pacientului refuză să-și dea consimțământul pentru intervenția medicală în interesul pacientului

### 6.2. Director medical

- ▶ monitorizează modul de implementare a prezentei proceduri

### 6.3. Medic

- ▶ solicită consimțământul informat al pacientului
- ▶ prezintă și explică pacientului/reprezentantului legal consecințele refuzului sau ale opririi intervențiilor medicale



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI

Cod: PO-MED-02

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 10 / 11

- ▶ consemnează refuzul/oprirea intervențiilor medicale de către pacient în FOCG/FSZ și în formularul de consimțământ
- ▶ prezintă pacientului/reprezentantului legal informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia
- ▶ completează *Raportul privind asistența medicală acordată în situații de urgență*

### 6.4. Asistentul medical

- ▶ solicită consimțământul informat al pacientului
- ▶ prezintă și explică pacientului/reprezentantului legal consecințele refuzului sau ale opririi intervențiilor medicale
- ▶ prezintă pacientului/reprezentantului legal informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia

## 7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

- 7.1. FOCG/FSZ
- 7.2. Acordul pacientului informat
- 7.3. Consimțământ informat pentru anestezie
- 7.4. Consimțământ informat pentru puncție biopsie cu ac fin (FNAB) al nodulului/nodulilor tiroidieni
- 7.5. Consimțământ informat pentru colonoscopie
- 7.6. Consimțământ informat pentru endoscopie digestivă superioară (EDS)
- 7.7. Consimțământ pentru investigația prin rezonanță magnetică (IRM)
- 7.8. Consimțământ pentru investigația prin computer tomografie (CT)
- 7.9. Consimțământ informat pentru participarea voluntară la efectuarea examinărilor radiologice
- 7.10. Consimțământ informat pentru proceduri invazive/minim invazive – Ambulatoriu
- 7.11. Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență
- 7.12. Fișă de consiliere pre și post prelevare probe biologice pentru test HIV
- 7.13. Consimțământ informat pentru recoltare analize medicale
- 7.14. Acord informat Serviciul de Anatomie Patologică
- 7.15. Fișă pacientului transfuzat
- 7.16. Acordul cu privire la înregistrarea pacientului audio/foto/video în scopuri care le exclud pe cele medicale
- 7.17. Consimțământul informat pentru a doua opinie medicală

## 8. ANEXE

- 8.1. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/A1 – Obținerea consimțământului informat al pacientului – categorii pacienți
- 8.2. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/A2 – Codul de deontologie medicală: consimțământul
- 8.3. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/A3 – Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România: consimțământul
- 8.4. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F1 - Acordul pacientului informat
- 8.5. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F2 – Consimțământ informat pentru anestezie
- 8.6. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F3 - Consimțământ informat pentru puncție biopsie cu ac fin (FNAB) al nodulului/nodulilor tiroidieni
- 8.7. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F4 - Consimțământ informat pentru colonoscopie
- 8.8. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F5 - Consimțământ informat pentru endoscopie digestivă superioară (EDS)
- 8.9. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F6 - Consimțământ pentru investigația prin rezonanță magnetică (IRM)
- 8.10. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F7 - Consimțământ pentru investigația prin computer tomografie (CT)
- 8.11. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F8 - Consimțământ informat pentru participarea voluntară la efectuarea examinărilor radiologice
- 8.12. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F9 - Consimțământ informat pentru proceduri invazive/minim invazive – Ambulatoriu
- 8.13. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F10 – Consimțământ informat pentru recoltare analize medicale
- 8.14. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F11 - Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență
- 8.15. PO-MED-02/Ed.I-Rev.2/F12 - Fișă de consiliere pre și post prelevare probe biologice pentru test HIV



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI

Cod: PO-MED-02

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 11 / 11

### 9. DIFUZARE

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3 sau în format electronic.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.

### 10. INDICATORI DE MONITORIZARE

- 10.1. Nr. total pacienți care au refuzat intervenția medicală/nr. total pacienți externați
- 10.2. Nr. FOCG/FSZ fără consimțământ informat/nr. FOCG/FSZ verificate
- 10.3. Nr. total pacienți majori, cu discernământ, fără capacitate de a scrie sau a citi, care au beneficiat de martor/nr. total pacienți majori, cu discernământ, fără capacitate de a scrie sau a citi, externați
- 10.4. Nr. total reclamații cu privire la nerespectarea dreptului pacientului privind consimțământul informat/nr. total reclamații înregistrate



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI – CATEGORII PACIENȚI

Cod: PO-MED-02/A1

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1/2

## OBȚINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI – CATEGORII PACIENȚI

| CATEGORII PACIENȚI                                                                           | MODALITATEA DE OBȚINERE A CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI (BAZA LEGALĂ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Pacient minor                                                                              | <p><b>1. În cazul pacientului minor</b>, acordul scris se va obține de la părinte ori de la reprezentantul legal sau, în lipsa acestora, de la ruda cea mai apropiată. Prin rudă cea mai apropiată se înțelege rudele majore care însoțesc pacientul minor, până la al patrulea grad inclusiv. (art. 8 alin. (3) din OMS nr. 482/2007)</p> <p><b>2. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal</b>, în următoarele cazuri (art. 661 din Legea nr. 95/2006):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;</li><li>b) situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.</li></ul> <p><b>În cazul pacientului major lipsit de discernământ</b> (conform deciziei comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică), acordul scris se va obține de la reprezentantul legal desemnat. (art. 8 alin. (4) din OMS nr. 482/2007)</p> <p><b>În cazul pacientului major cu care medicul, asistentul medical nu poate comunica în mod eficient</b>, din pricina condiției medicale a pacientului la momentul la care este necesară exprimarea consimțământului, acordul scris se poate obține de la soțul/sotia sau ruda majoră cea mai apropiată a pacientului. Prin rudă cea mai apropiată se înțelege, în ordine, părintele, descendentul, rudele în linie colaterală până la al patrulea grad inclusiv. (art. 8 alin. (5) din OMS nr. 482/2007)</p> <p><b>Pacientului care nu poate semna din pricina unei infirmități</b>, i se va solicita exprimarea verbală a consimțământului pentru actul medical, medicul, asistentul medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat. <b>Pacientului care nu știe carte sau nu vede i se va citi cu voce tare textul acordului, va fi întrebat dacă acesta reprezintă voința sa, medicul/asistentul medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat. (art. 8 alin. (6) din OMS nr. 482/2007)</b></p> |
| 2 Pacient major lipsit de discernământ                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 3 Pacient major cu care nu se poate comunica în mod eficient, din pricina condiției medicale |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 4 Pacient cu infirmități                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## OBTINEREA CONSIMȚĂMÂNTULUI INFORMAT AL PACIENTULUI – CATEGORIEI PACIENȚI

Cod: PO-MED-02/A1

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 2/2

### ALTE SITUAȚII

5 Reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată  
NU POATE FI  
CONTACTAT

1. Atunci când reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, medicul, asistentul medical **pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorității tutelare sau pot acționa fără acordul acesteia în situații de urgență**, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului. (art. 662 alin. (2) din Legea nr. 95/2006)

2. **Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență** (art. 9 alin. (1) din OMS nr. 482/2007)  
În cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ, iar medicul, asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal, soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată, datorită situației de urgență, și nu se poate solicita nici autorizarea autorității tutelare, deoarece intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului, persoana care a acordat îngrijirea va întocmi un raport scris ce va fi păstrat la foaia de observație a pacientului, prin completarea **formularului Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență**.

6 INTERVENȚIE MEDICALĂ  
DE URGENȚĂ

1. **În cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență**, consimțământul reprezentantului legal nu mai este necesar. (art. 15 din Legea nr. 46/2003)

2. **Se completează Raportul privind asistența medicală acordată în situații de urgență**

7 Reprezentantul legal  
REFUZĂ să își dea  
consimțământul

În cazul în care medicul curant/medicul specialist din ambulatoriu consideră că intervenția este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să își dea consimțământul, decizia este declinată unei **comisii de arbitraj de specialitate**. Comisia de arbitraj este constituită din 3 medici pentru pacienții internați în spital și din doi medici pentru pacienții din ambulatoriu (art. 17 din Legea nr. 46/2003 și art. 6 alin. (2) din OMS 1.410/2016)

### \* NOTĂ:

- Vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. (art. 661 din Legea nr. 95/2006)



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## CODUL DE DEONTOLOGIE MEDICALĂ

Cod: PO-MED-02/A2

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1/1

ANEXA NR. 2

### CODUL DE DEONTOLOGIE MEDICALĂ

*(Hotărâre nr. 3/2016, Adunarea Generală Națională a Colegiului Medicilor din România, privind adoptarea Codului de deontologie medicală)*

#### CAPITOLUL II

##### *Consimțământul*

##### ARTICOLUL 11

###### *Acordarea și retragerea consimțământului*

- (1) Nicio intervenție în domeniul sănătății nu se poate efectua decât după ce persoana vizată și-a dat consimțământul liber și în cunoștință de cauză.
- (2) În aceleași condiții, consimțământul se poate retrage în orice moment de persoana vizată.
- (3) Dispozițiile privind retragerea consimțământului sunt valabile și în ceea ce privește consimțământul exprimat, în condițiile legii, de altă persoană sau instituție decât persoana respectivă.

##### ARTICOLUL 12

###### *Consimțământul în cazul minorilor*

- (1) Atunci când, conform legii, un minor nu are capacitatea de a consimți la o intervenție, aceasta nu se poate efectua fără acordul reprezentantului său, autorizarea unei autorități sau a unei alte persoane ori instanțe desemnate prin lege.
- (2) Medicul, în funcție de vârsta și gradul de maturitate a minorului și numai strict în interesul acestuia, poate lua în considerare și părerea minorului.

##### ARTICOLUL 13

###### *Consimțământul persoanelor fără capacitatea de a consimți*

Atunci când, conform legii, un major nu are, din cauza unui handicap mintal, a unei boli sau dintr-un motiv similar, capacitatea de a consimți la o intervenție, aceasta nu se poate efectua fără acordul reprezentantului său ori fără autorizarea unei autorități sau a unei persoane ori instanțe desemnate prin lege.

##### ARTICOLUL 14

###### *Informarea prealabilă și adecvată a persoanei*

- (1) Medicul va solicita și va primi consimțământul numai după ce, în prealabil, persoana respectivă sau cea îndreptățită să își dea acordul cu privire la intervenția medicală a primit informații adecvate în privința scopului și naturii intervenției, precum și în privința consecințelor și a riscurilor previzibile și în general acceptate de societatea medicală.
- (2) Pe cât posibil, medicul va urmări ca informarea să fie adecvată și raportată persoanei care urmează să își manifeste consimțământul.

##### ARTICOLUL 15

###### *Lipsa consimțământului în situații de urgență*

Atunci când, din cauza unei situații de urgență, nu se poate obține consimțământul adecvat, se va putea proceda imediat la orice intervenție indispensabilă din punct de vedere medical în folosul sănătății persoanei vizate.

##### ARTICOLUL 16

###### *Consimțământul implicit*

În interesul pacientului sunt valabile și vor fi luate în considerare autorizările și dorințele exprimate anterior cu privire la o intervenție medicală de către un pacient care, în momentul noii intervenții, nu este într-o stare care să îi permită să își exprime voința sau dacă prin natura sa actul medical are o succesiune și o repetabilitate specifică.

|                                                                                                                         |                                                                                                                                               |  |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|
| <br>SPITALUL CLINIC<br>CĂI FERATE IAȘI | <b>CODUL DE ETICĂ ȘI<br/>DEONTOLOGIE AL<br/>ASISTENTULUI MEDICAL<br/>GENERALIST, AL MOAȘEI ȘI AL<br/>ASISTENTULUI MEDICAL DIN<br/>ROMANIA</b> |  | Cod: PO-MED-02/A3   |
|                                                                                                                         |                                                                                                                                               |  | Ed.: I      Rev.: 2 |
|                                                                                                                         | Pag.: 1/1                                                                                                                                     |  |                     |

## Codul de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România

*(Hotărâre nr. 2/2009, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, privind adoptarea Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical din România)*

### Secțiunea a 3-a Consimțământul

#### Articolul 30

O intervenție medicală nu se poate efectua decât după ce pacientul sau reprezentantul legal al acestuia, în cunoștință de cauză, și-a dat consimțământul. Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală, asumându-și în scris răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului său, al opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.

#### Articolul 31

Consimțământul pacientului sau, după caz, al reprezentantului legal al acestuia este obligatoriu:

- a) pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, în vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului cu care acesta este de acord;
- b) în cazul supunerii la orice fel de intervenție medicală;
- c) în cazul participării sale la învățământul medical clinic și la cercetarea științifică;
- d) în cazul fotografierii sau filmării sale într-o unitate medicală;
- e) în cazul donării de sânge în condițiile prevăzute de lege.

#### Articolul 32

Consimțământul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia, după caz, nu este obligatoriu în următoarele situații:

- a) când pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență;
- b) în cazul în care furnizorii de servicii medicale consideră că intervenția este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să își dea consimțământul, asistentul medical generalist, moașa și asistentul medical sunt obligați să anunțe medicul curant/de gardă (decizia fiind declinată unei comisii de arbitraj de specialitate).



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Cod: PO-MED-02/F1

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1/5

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași

SECȚIA \_\_\_\_\_/Nr. FO \_\_\_\_\_

### ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

|                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----|
| 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 (se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ – pentru art. 8 alin. (3)-(5) din OMS nr. 482/2007)                                                                    | 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"/> <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 3. Actul medical (descriere):                                                                                                                                                                                                  |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:                                                                                                                                          |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| a. Date despre starea de sănătate                                                                                                                                                                                              |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DA | NU |
| b. Diagnostic                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| c. Prognostic                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| d. Natura și scopul actului medical propus                                                                                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| e. Intervențiile și strategia terapeutică propuse                                                                                                                                                                              |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| f. Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:                                                                                                                                             |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| g. Riscurile potențiale ale actului medical (riscurile asociate precum riscul infecțios, riscul cardiovascular, precum și riscurile imprevizibile, inclusiv riscul oricât de mic de deces), insistându-se asupra următoarelor: |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| h. Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:                                                                                                                                  |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| i. Riscurile neefectuării tratamentului                                                                                                                                                                                        |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| j. Riscurile nerespectării recomandărilor medicale                                                                                                                                                                             |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 5. Consimțământ pentru recoltare:                                                                                                                                                                                              |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DA | NU |
| Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice.                                                                                                                                            |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 6. Alte informații care au fost furnizate pacientului:                                                                                                                                                                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | DA | NU |
| a. Informații despre serviciile medicale disponibile                                                                                                                                                                           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| b. Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata*                                                                                                                                     |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| c. Informații despre regulile/practicile din unitatea sanitară, pe care trebuie să le respecte                                                                                                                                 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| d. 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                                                                                                                                                |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Cod: PO-MED-02/F1

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 2/5

8. 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), acesta este de acord 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: \_\_\_\_\_

9. Pacientul este de acord ca medicul curant și orice alt membru al echipei sale, să realizeze și să utilizeze în scop didactic și de cercetare fotografii, secvențe filmate, radiografii și orice alte date clinice ale cazului, cu respectarea confidențialității privind identitatea pacientului.

I. Subsemnatul, \_\_\_\_\_  
(numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal),  
declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către

\_\_\_\_\_ (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.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care consimte informat la efectuarea actului medical

II. Subsemnatul pacient/reprezentant 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.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care refuză efectuarea actului medical

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, confirmă prezentul formular privind „Acordul  
pacientului informat”, a fost citit de către \_\_\_\_\_ (numele și  
prenumele medicului/asistentului medical care a informat pacientul) și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și  
verbal ☐ acordul pentru efectuarea actului medical / ☐ refuzul pentru efectuarea actului medical, fără ca asupra lui să se  
fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura martorului

### 10. ACORDUL PACIENTULUI PRIVIND COMUNICAREA DATELOR MEDICALE PERSONALE

10a.

☐ PACIENT - Îmi exprim acordul ca informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale să fie comunicate  
către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

☐ REPREZENTANT LEGAL AL PACIENTULUI\* - Îmi exprim acordul ca informațiile despre starea acestuia de sănătate și  
datele sale medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim  
în deplină cunoștință de cauză.

\* Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a  
capacității de exercițiu.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Cod: PO-MED-02/F1

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 3/5

| Nr. crt. | Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal | Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație) |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1        |                                                                                  |                                                    |
| 2        |                                                                                  |                                                    |
| 3        |                                                                                  |                                                    |
| 4        |                                                                                  |                                                    |
| 5        |                                                                                  |                                                    |
| 6        |                                                                                  |                                                    |

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă  
acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat)

10b. Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă  
retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)

### 11. ACORDUL PACIENTULUI PRIVIND EFECTUAREA PROCEDURILOR INVAZIVE/ MINIM INVAZIVE

#### Chirurgie generală/Ortopedie-traumatologie:

- 1 Bronhoscopie
- 2 Prelevare de țesut (biopsie)
- 3 Puncție aspirație mamară cu ac fin
- 4 Puncție lichid articular
- 5 Puncție peritoneală
- 6 Puncție pleurală
- 7 Puncție tumorală
- 8 Recoltare FCD prin periaj pentru citodiagnostic cervico-vaginal
- 9 Sondajul vezical

#### Urologie:

- 10 Cateterism ureteral (sonda double J)
- 11 Cateterizare vezicală suprapubiană
- 12 Cauterizare uretrovezicală
- 13 Cistoureteroscopie
- 14 Dilatație uretrală
- 15 Litotritie endoscopică (PUNCH)
- 16 NLP (nefrolitotomie optică)
- 17 TURB (rezecție vezicală endoscopică)
- 18 TURP (rezecție prostatică endoscopică)
- 19 Uretrotomie optică

#### Medicină Internă

- 20 Puncția abdominală
- 21 Sondaj vezical
- 22 Toracocenteză

#### ORL

- 23 Endoscopie
- 24 Fibroscopie
- 25 Miringotomie
- 26 Montare aerator transtimpanal
- 27 Puncție sinusală
- 28 Tamponament anterior și posterior

#### Oftalmologie

- 29 Dezobstrucție canal lacrimal
- 30 Injecții oculare: intravitreene, subconjunctivale, laterobulbare
- 31 Iridotomie Laser
- 32 Panfotocoagulare retiniană
- 33 Prelevare țesut (biopsie)
- 34 Terapie Laser: capsulotomie Laser YAG

#### Recuperare, Medicină Fizică și Balneologie

- 35 Injecții intraarticulare
- 36 Infiltrații periarticulare
- 37 Puncție articulară în scop diagnostic
- 38 Puncție articulară în scop curativ
- 39 Viteza de conducere nervoasă
- 40 Electromiografie

#### Dermatovenerologie

- 41 Biopsia tegumentului și țesutului celular subcutanat
- 42 Chiuretajul leziunilor tegumentare
- 43 Crioterapia leziunilor tegumentare
- 44 Debridarea excizională a tegumentului și țesutului celular subcutanat
- 45 Debridarea non-excizională a tegumentului și țesutului celular subcutanat
- 46 Electroterapia leziunilor tegumentare
- 47 Examen micologic direct din leziuni cutanate/ păr/ unghii
- 48 Excizia leziunilor tegumentului și țesutului

#### ATI

- 53 Inserție cateter venos periferic
- 54 Inserție cateter venos central
- 55 Montarea cateterului arterial
- 56 Monitorizarea invazivă a tensiunii arteriale
- 57 Introducerea sondei de intubație orotraheală
- 58 Ventilația mecanică invazivă
- 59 Montarea sondei uretrovezicale
- 60 Paracenteza
- 61 Cricotiroidotomie
- 62 Drenaj pleural



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Cod: PO-MED-02/F1

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 4/5

celular subcutanat

**49** Incizia și drenajul abceselor tegumentelor  
și ale țesutului celular subcutanat

**50** NB-UVB (fototerapie cu raze UVB cu bandă  
îngustă)

**51** PUVA terapie (psoralen și ultraviolete)

**52** Test de sensibilitate la antibiotice

**63** Montare sondă oro/nazo-gastrică

► **Natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării/neefectuării acestei proceduri invazive/minim invazive**, mi-au fost explicate pe înțelesul meu.

**11a.** Declar că am înțeles toate informațiile furnizate și  
**ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA  
PROCEDURII**

**11b.** Declar că am înțeles toate informațiile furnizate, că mi  
s-au explicat consecințele refuzului procedurii și  
**ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA PROCEDURII.**

| Nr. procedură | Data | Semnătură<br>pacient/reprezentant legal | Nr. procedură | Data | Semnătură<br>pacient/reprezentant legal |
|---------------|------|-----------------------------------------|---------------|------|-----------------------------------------|
|               |      |                                         |               |      |                                         |
|               |      |                                         |               |      |                                         |
|               |      |                                         |               |      |                                         |
|               |      |                                         |               |      |                                         |
|               |      |                                         |               |      |                                         |
|               |      |                                         |               |      |                                         |
|               |      |                                         |               |      |                                         |
|               |      |                                         |               |      |                                         |
|               |      |                                         |               |      |                                         |
|               |      |                                         |               |      |                                         |
|               |      |                                         |               |      |                                         |

### 12. ACORDUL PACIENTULUI PRIVINDEFECTUAREA EXAMINĂRILOR RADIOLOGICE

- Pe durata spitalizării, medicul curant poate recomanda o serie de investigații radiologice.
- Radiografia** este o procedură de diagnostic care folosește raze X pentru a crea o imagine bidimensională din diverse părți ale corpului. În cadrul radiografiei se folosesc doze mici de radiație ionizantă pentru a obține imagini din corp cu rol diagnostic (dozele primite de-a lungul vieții sunt cumulative).
- Durata investigației depinde de tipul de radiografie, expunerea efectivă la razele X având o durată mai mică de o secundă. Beneficiul adus de diagnosticul obținut în urma radiografiei depășește cu mult riscul expunerii la radiații în timpul examinării.
- Protejarea tuturor pacienților se face obligatoriu cu metode, tehnici și material specific: șorțuri plumbate.
- Efectuarea de radiografii este contraindicată în sarcină**, mai ales în primul trimestru, când se formează organele fătului. Radiațiile ionizante cresc riscul de malformații congenitale și de avort spontan mai ales efectuate în zona abdominală și pelviană. În situațiile în care radiografia se impune, decizia se ia împreună de către medicul ginecolog și medicul radiolog, ținându-se cont de relația risc-beneficiu. Astfel, se vor ajusta dozele de raze X, iar gravida va purta un șorț special de plumb care va proteja fătul. Aceste precauții se iau și după primele trei luni de sarcină, precum și în cazul femeilor care cred că ar putea fi însărcinate.
- Am fost informat** despre întregul proces de examinare radiologică, inclusiv despre beneficii și riscuri, toate aceste informații fiind prezentate pe înțelesul meu.
- Declar pe propria răspundere că:**

(se completează cu: **SUNT ÎNSĂRCINATĂ / NU SUNT ÎNSĂRCINATĂ / NU ȘTIU**)



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Cod: PO-MED-02/F1

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 5/5

**12a.** Declar că am citit și am înțeles toate informațiile enumerate mai sus și **ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA EXAMINĂRII RADIOLOGICE.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care consimte informat la efectuarea examinării radiologice*

**12b.** Declar că am citit și am înțeles toate informațiile enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului efectuării examinării radiologice și **ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA EXAMINĂRII RADIOLOGICE.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care refuză efectuarea examinării radiologice*

### 13. ACORDUL PACIENTULUI/REPREZENTANTULUI LEGAL PRIVIND PARTICIPAREA LA ÎNVĂȚĂMÂNTUL MEDICAL

☐ **PACIENT** - Îmi exprim acordul de a participa la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea mea de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

☐ **REPREZENTANT LEGAL AL PACIENTULUI\*** - Îmi exprim acordul pentru participarea acestuia la învățământul medical și pentru ca informațiile de specialitate despre starea sa de sănătate să fie folosite în procesul de învățământ, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

*\* Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu.*

\_\_\_\_\_  
*(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă  
acordul pentru participarea la învățământul medical)*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\* Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul**

| Nr. crt.                                                                                                                                                                                                            | Nume și prenume | Statutul profesional | Nr. crt. | Nume și prenume | Statutul profesional |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|----------|-----------------|----------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                   |                 |                      | 3        |                 |                      |
| 2                                                                                                                                                                                                                   |                 |                      | 4        |                 |                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medic curant <input checked="" type="checkbox"/> Medic de gardă, conform graficului de gardă <input checked="" type="checkbox"/> Asistenți medicali, conform graficului de tură |                 |                      |          |                 |                      |

**DATE DE CONTACT REPREZENTANT LEGAL/APARTINĂTOR**



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU ANESTEZIE

Cod: PO-MED-02/F2

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1/2

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași

SECȚIA \_\_\_\_\_

/Nr. FO \_\_\_\_\_

### 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"/> <input type="text"/> |  |  |  |  |                                            |  |  |  |  |  |  |
| 3. Operația                             |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  | 4. Tip anestezie<br>(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 acesteia 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.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU ANESTEZIE

Cod: PO-MED-02/F2

Ed.: 1

Rev.: 2

Pag.: 2/2

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.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care consimte informat la efectuarea anesteziei

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.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care refuză efectuarea anesteziei

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



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

**CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT  
PENTRU PUNCȚIE BIOPSIE CU  
AC FIN (FNAB) AL  
NODULULUI/NODULILOR  
TIROIDIENI**

Cod: PO-MED-02/F3

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1/2

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași/ ☐ Secția \_\_\_\_\_/Nr. FO \_\_\_\_\_  
Spitalul Clinic Căi Ferate Iași/ ☐ Ambulatoriu/Cabinet de endocrinologie/Nr. Registru consultații \_\_\_\_\_

**CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU PUNCȚIE BIOPSIE CU AC FIN (FNAB) AL  
NODULULUI/NODULILOR TIROIDIENI**

|                                                |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A. Datele pacientului</b>                   | 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>B. Reprezentantul legal al pacientului*</b> | 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      |

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

1. Puncțiile tiroidiene sunt proceduri minim invazive și rapide.
2. **Puncția tiroidiană** presupune prelevarea unor celule de la nivelul nodulului tiroidian. Se realizează 2-3 pasaje în funcție de caracteristicile și dimensiunea nodulului. Celulele se analizează ulterior la microscop de către un medic anatomopatolog cu experiență.
3. Există un sistem standardizat de raportare a citopatologiei tiroidiene, și anume clasificarea Bethesda, ce împarte nodulii tiroidieni în benigni, suspecti sau maligni. Doar un procent foarte mic pot fi rezultate fals pozitive sau fals negative (<3%). Pentru a minimiza riscurile de fals negativ și pentru a evita structurile importante de la nivelul gâtului, puncția se face sub ghidaj ecografic.
4. Puncția tiroidiană este foarte puțin dureroasă, de obicei se resimte un ușor disconfort. În prealabil se face o sterilizare locală a tegumentelor, iar dacă pacientul dorește și nu este alergic, se poate face și anestezie locală cu spray la nivelul pielii. După puncție, se face o compresie de câteva minute, de obicei cu gheață. Activitatea se poate relua în aceeași zi.
5. **Riscuri:**
  - uneori poate exista o sensibilitate locală prelungită pentru 1-2 zile;
  - dacă există o durere ce persistă, se apelează la antialgice;
  - rareori pot apărea alergii la anestezicul local și mici hemoragii la locul de puncție;
  - foarte rar hematoame și infecții;
  - în caz de sensibilitate mare și anxietate ale pacientului, pot apărea reacții precum: stări de amețeală, greață, transpirații și senzație de leșin;
  - în mod excepțional dacă se puncționează vasele mari ale gâtului pot apărea hematoame intra-tiroidiene pentru care este nevoie de o compresie prelungită, iar în caz de puncționare a traheii poate apărea o ușoară tuse tranzitorie;
  - chiar dacă nodulul este malign, nu există risc de diseminare în cadrul puncției, ghidurile recomandând puncția tiroidiană ca test diagnostic pentru cancerul tiroidian. Aceasta se poate face și în scop terapeutic pentru evacuarea nodulilor chistici voluminoși și simptomatici.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

**CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT  
PENTRU PUNCȚIE BIOPSIE CU  
AC FIN (FNAB) AL  
NODULULUI/NODULILOR  
TIROIDIENI**

Cod: PO-MED-02/F3

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 2/2

6. Am fost informat despre beneficiile, consecințele și riscurile procedurii (riscuri asociate și riscuri imprevizibile), toate aceste informații fiind prezentate pe înțelesul meu.
7. Vă rugăm să bifați opțiunea dumneavoastră cu privire la administrarea anesteziei:
- ☐ Sunt de acord / ☐ Nu sunt de acord să mi se administreze anestezie locală cu spray
8. ☐ Sunt de acord / ☐ Nu sunt de acord ca medicul curant/specialist și orice alt membru al echipei sale, să realizeze și să utilizeze în scop didactic și documentar științific fotografii, secvențe filmate și orice alte date clinice ale cazului meu, cu respectarea confidențialității privind identitatea mea.

I. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele medicului care efectuează procedura) și enumerate mai sus și **ÎMI EXPRIM**

**ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA PROCEDURII.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care consimte informat la efectuarea procedurii

II. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele medicului care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului efectuării procedurii și **ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA PROCEDURII.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care refuză efectuarea procedurii

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 care a informat pacientul) și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și verbal ☐ acordul pentru efectuarea procedurii/ ☐ refuzul pentru efectuarea procedurii, fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura martorului



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU COLONOSCOPIE

Cod: PO-MED-02/F4

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1/2

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași

SECȚIA \_\_\_\_\_

/Nr. FO \_\_\_\_\_

### CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU COLONOSCOPIE

|                                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      |

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

- Colonoscopia** este examinarea intestinului gros sub controlul vederii, utilizând un aparat flexibil și subțire care preia imagini din interiorul intestinului și le redă pe monitor. Cu ajutorul acestui aparat (colonoscop) se pot vizualiza anomaliiile sau leziunile prezente la nivelul colonului (intestin gros), obținându-se informații în plus față de utilizarea tehnicilor radiologice (irigografie). Examinarea durează 15 – 60 minute. Informați medicul dacă aveți alergii la medicamente sau alte contraindicații. Este recomandat ca în momentul prezentării pentru efectuarea unei colonoscopii, să aveți la dumneavoastră o electrocardiogramă și rezultatul probelor de coagulare.
- În timpul unei colonoscopii se pot preleva biopsii din leziunile evidențiate**, pentru ca țesuturile bolnave să poată fi examinate la microscop.
- Complicațiile colonoscopiei.** Colonoscopia poate aduce unele complicații datorită medicației (antispastice, anestezie generală, alergie la medicamente) sau datorită manevrelor pentru rezecarea endoscopică a unor polipi (sângerare, perforație). Se poate produce perforație și în prezența unor diverticuli. Frecvența complicațiilor este de sub 1 la 1000 de examinări.
- După examinare**, rămâneți în apropiere 60 de minute, iar dacă vi s-a administrat medicație sedativă, nu aveți voie să conduceți mașina timp de 2 ore și nici să luați decizii importante. Dacă după examinare aveți dureri abdominale, scaune cu sânge, informați de urgență medicul.
- Natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării/neefectuării acestei explorări**, precum și a celorlalte operațiuni terapeutice, mi-au fost explicate pe înțelesul meu.
- Mi s-au prezentat **riscurile asociate**, precum și **riscurile imprevizibile**. Declar că sunt conștient de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul examinării este spre binele meu.
- În cazul în care în timpul intervenției apar situații și condiții neprevăzute**, 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 în spre binele meu.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU COLONOSCOPIE

Cod: PO-MED-02/F4

Ed.: 1

Rev.: 2

Pag.: 2/2

I. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele medicului care efectuează explorarea) și enumerate mai sus și **ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA ACESTEI EXPLORĂRI.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care consimte informat la efectuarea explorării

II. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele medicului care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului efectuării explorării și **ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA EXPLORĂRII.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care refuză efectuarea explorării

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 care a informat pacientul) și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și verbal ☐ **acordul pentru efectuarea explorării/**  
☐ **refuzul pentru efectuarea explorării**, fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura martorului



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU ENDOSCOPIE DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ (EDS)

Cod: PO-MED-02/F5

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1/2

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași

SECȚIA \_\_\_\_\_

/Nr. FO \_\_\_\_\_

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU ENDOSCOPIE DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ (EDS)

|                                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      |

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

1. **Endoscopia digestivă superioară** reprezintă metoda prin care se examinează esofagul, stomacul și duodenul.
2. **Examinarea se realizează cu ajutorul endoscopului**, care este un tub flexibil, de calibru redus, care se introduce în cavitatea bucală și de aici în esofag, stomac, duoden, fără a jena respirația. Introducerea aparatului poate provoca senzația de greață. Această senzație se poate diminua, însă, prin anestezia cu spray de Xilină pulverizat în fundul gâtului. Sunteți rugat(ă) să semnați medicului dacă sunteți alergic(ă) la unele substanțe, mai ales Xilina, utilizată și în anesteziile stomatologice (la dentist).
3. **În timpul endoscopiei, dacă este indicație, se pot lua biopsii**. Fragmentul de biopsie se poate preleva dacă există leziuni sau pentru depistarea infecției cu *Helicobacter pylori*, germen care participă la apariția leziunilor gastrice sau duodenale.
4. **Complicațiile endoscopiei digestive superioare** – sunt extrem de rare la persoanele fără afecțiuni cardiace sau respiratorii semnificative (1 la 10000 examinări) și constau în mici sângerări și ulcerări ale mucoasei. Ele sunt complet vindecabile. Dacă după examinare aveți dureri, scaune negre, vărsături, informați de urgență medicul.
5. **Natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării/neefectuării acestei explorări**, precum și a celorlalte operațiuni terapeutice, mi-au fost explicate pe înțelesul meu.
6. Mi s-au prezentat **riscurile asociate**, precum și **riscurile imprevizibile**. Declar că sunt conștient de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul examinării este spre binele meu.
7. **În cazul în care în timpul intervenției apar situații și condiții neprevăzute, 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.

I. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele medicului care efectuează explorarea) și enumerate mai sus și **ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA ACESTEI EXPLORĂRI.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea explorării

II. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele medicului care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului efectuării explorării și **ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA EXPLORĂRII.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea explorării



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

**CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT  
PENTRU ENDOSCOPIE  
DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ (EDS)**

Cod: PO-MED-02/F5

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 2/2

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 care a informat  
pacientul) și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și verbal ☐ acordul pentru efectuarea explorării/  
☐ refuzul pentru efectuarea explorării, fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura martorului



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU INVESTIGAȚIA PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ (IRM)

Cod: PO-MED-02/F6

Ed.: 1

Rev.: 2

Pag.: 1/3

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași/Laborator Radiologie și Imagistică Medicală/Nr. FO \_\_\_\_\_/Nr. BT \_\_\_\_\_/Anul \_\_\_\_\_

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU INVESTIGAȚIA PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ (IRM)

|                                                           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                  |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|
| A. 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |                  |
|                                                           |                      | Înălțime<br>(cm)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Greutate<br>(kg) |
| B. 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      |  |                  |
| C. Regiune investigată**                                  |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                  |
| D. Motivele examinării IRM și/sau simptomele principale** |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                  |

\* Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ – pentru art. 8 alin. (3)-(5) din OMS nr. 482/2007  
\*\* Rubricile C și D se completează de către cadrul medical de radiologie.

1. **IRM (Imagistică prin Rezonanță Magnetică)** este o procedură medicală computerizată și neinvazivă care utilizează câmpul magnetic. Include o gamă completă de examinări și oferă o calitate excelentă imaginilor.
2. IRM se efectuează la recomandarea medicului curant.
3. **Nu se recomandă** efectuarea investigației în cazul femeilor gravide în primele 3 luni de sarcină.
4. Este **strict interzisă** efectuarea investigației în cazul prezenței unui stimulator cardiac (pacemaker).
5. Este absolut necesară cooperarea pacientului cu personalul medical pentru efectuarea adecvată a investigației. Astfel, pe tot parcursul examinării IRM, **pacientul trebuie să mențină nemișcat segmentul de investigat, pentru realizarea unor imagini cu caracter medical concludente.**
6. Înainte de semnarea consimțământului informat, vă rugăm să citiți cu atenție următoarele întrebări și să răspundeți cu DA sau NU (bifați):

|    |                                                                                                |                             |                             |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1  | 1a. Vi s-a mai administrat substanță de contrast?                                              | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
|    | 1b. Dacă DA, ați avut reacții alergice?                                                        | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 2  | 2a. Aveți reacții alergice la medicamente?                                                     | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
|    | 2b. Dacă DA, la ce medicamente: .....                                                          |                             |                             |
| 3  | 3a. Aveți alte tipuri de reacții alergice (alimentare, la praf, detergenți, cloruri etc.)?     | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
|    | 3b. Dacă DA, specificați la ce anume: .....                                                    |                             |                             |
| 4  | Suferiți de claustrofobie (teamă de spații mici, închise)?                                     | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 5  | Suferiți de epilepsie (afecțiune neurologică caracterizată prin cel puțin 2 crize epileptice)? | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 6  | Suferiți de astm bronșic?                                                                      | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 7  | Aveți clipuri chirurgicale din materiale metalice, valve cardiace?                             | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 8  | Aveți proteze articulare/auditive/materiale de osteosinteză?                                   | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 9  | Aveți materiale stomatologice sau alte proteze?                                                | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 10 | Aveți corpi străini intraoculari, schije, gloanțe, obiecte metalice?                           | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 11 | Ați practicat meserii care implică prelucrarea metalelor?                                      | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 12 | În cazul femeilor:                                                                             |                             |                             |



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU INVESTIGAȚIA PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ (IRM)

Cod: PO-MED-02/F6

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 2/3

|    |                                                                      |                             |                             |
|----|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|    | 12a. Aveți cunoștință despre o sarcină în primul trimestru (3 luni)? | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
|    | 12b. Aveți implantate dispozitive intrauterine?                      | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 13 | 13a. Ați mai efectuat acest tip de investigație imagistică?          | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
|    | 13b. Dacă DA, specificați segmentul examinat: .....                  |                             |                             |

### 7. Declar pe propria răspundere că NU POSED:

- a) bioimplanturi, neurostimulatori, clipuri feromagnetice intracraniene și postchirurgie laparoscopică;
- b) implanturi cohleare, aparat auditiv;
- c) proteze dentare detașabile;
- d) stimulator cardiac (pacemaker), proteze valvulare cardiace (valve ventriculare etc.);
- e) orice tip de proteză (șold, genunchi, membre, ochi);
- f) stenturi metalice, filtre (venoase), antene;
- g) shunt (spinal sau intraventricular);
- h) cateter metalic;
- i) materiale de osteosinteză (tije, șuruburi, plăci etc.);
- j) sutură cu fire metalice sau agrafe;
- k) dispozitive sau implanturi electronice/activate magnetic;
- l) pompe de insulină sau de alte medicamente;
- m) plasturi medicalizați (nicotină, nitroglicerină etc.);
- n) în cazul femeilor, dispozitiv intrauterin, pesar vaginal/uterin;
- o) alte obiecte metalice introduse în corp în scop medical sau în mod accidental.

8. Am luat la cunoștință că este interzis să intru în incinta aparatului de rezonanță magnetică cu orice obiect cu activare electromagnetică (în general, obiecte metalice): ochelari cu rame metalice, agrafe, ace de gălălie, fermoare, curele, nasturi, bijuterii, ceasuri, telefoane, cărți de credit electromagnetice, monede, chei, haine cu accesorii metalice etc.

9. Am fost informat despre întregul proces de examinare IRM, inclusiv despre beneficiile și riscurile examinării IRM, toate aceste informații fiind prezentate pe înțelesul meu.

10. ☐ Sunt de acord/ ☐ Nu sunt de acord ca medicul curant și medicul radiolog să utilizeze în scop didactic și documentar științific imaginile înregistrate în timpul examinării (filmul examinării), cu respectarea confidențialității privind identitatea mea.

11. Vă rugăm să bifați opțiunea dumneavoastră cu privire la administrarea substanței de contrast paramagnetică:

☐ Sunt de acord să mi se administreze substanță de contrast paramagnetică, pentru un rezultat concludent.

☐ Nu sunt de acord să mi se administreze substanță de contrast paramagnetică și îmi asum riscul unui rezultat neconcludent.

I. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele cadrului medical de radiologie) și enumerate mai sus și **ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA EXAMINĂRII IRM.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care consimte informat la efectuarea examinării IRM

II. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele cadrului medical de radiologie) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului efectuării examinării IRM și **ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA EXAMINĂRII IRM.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care refuză efectuarea examinării IRM



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

**CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT  
PENTRU INVESTIGAȚIA PRIN  
REZONANȚĂ MAGNETICĂ (IRM)**

Cod: PO-MED-02/F6

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 3/3

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 cadrului medical de radiologie care a informat pacientul) și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și verbal ☐ acordul pentru efectuarea examinării IRM / ☐ refuzul pentru efectuarea examinării IRM, fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura martorului



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU INVESTIGAȚIA PRIN COMPUTER TOMOGRAFIE (CT)

Cod: PO-MED-02/F7

Ed.: 1

Rev.: 2

Pag.: 1/2

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași/Laborator Radiologie și Imagistică Medicală/Nr. FO \_\_\_\_\_/Nr. BT \_\_\_\_\_/Anul \_\_\_\_\_

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU INVESTIGAȚIA PRIN COMPUTER TOMOGRAFIE (CT)

|                                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| B. 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      |
| C. Regiune investigată**                |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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

\*\* Rubrica C se completează de către cadrul medical de radiologie.

1. Tomografia computerizată (CT) este o investigație imagistică care utilizează razele X, având un sistem inteligent de scădere a dozei de radiații X/examinare. Investigația este foarte rapidă, permite scanarea unor volume mari, precum și generarea de secțiuni ultrasubțiri.
2. CT se efectuează la recomandarea medicului curant.
3. Este **strict interzisă** efectuarea investigației de către femeile gravide.
4. Persoanele cu afecțiuni tiroidiene, mielom multiplu și diabet zaharat non-insulino-dependent necesită o pregătire specială pre-examinare.
5. Înainte de semnarea consimțământului informat, vă rugăm să citiți cu atenție următoarele întrebări și să răspundeți cu DA sau NU (bifați):

|   |                                                                                                |                             |                             |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 | 1a. Vi s-a mai administrat substanță de contrast pe bază de iod?                               | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
|   | 1b. Dacă DA, ați avut reacții alergice?                                                        | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 2 | 2a. Aveți reacții alergice la medicamente?                                                     | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
|   | 2b. Dacă DA, la ce medicamente: .....                                                          |                             |                             |
| 3 | Suferiți de epilepsie (afecțiune neurologică caracterizată prin cel puțin 2 crize epileptice)? | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 4 | Suferiți de astm bronșic?                                                                      | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 5 | 5a. Aveți hipertensiune arterială?                                                             | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
|   | 2b. Dacă DA, care sunt valorile tensiunii arteriale: .....                                     | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |
| 6 | La femeile cu vârstă fertilă: Aveți cunoștință despre o posibilă sarcină?                      | <input type="checkbox"/> Da | <input type="checkbox"/> Nu |

6. Declar pe propria răspundere că **NU SUNT ALERGIC** la: praf, puf, scame, pene, detergenți, cloruri, alte substanțe chimice, medicamente, fructe, legume sau iod.
7. Am fost informat despre întregul proces de examinare CT, inclusiv despre beneficiile și riscurile examinării CT, toate aceste informații fiind prezentate pe înțelesul meu.
8. ☐ Sunt de acord/ ☐ Nu sunt de acord ca medicul curant și medicul radiolog să utilizeze în scop didactic și documentar științific imaginile înregistrate în timpul examinării (filmul examinării), cu respectarea confidențialității privind identitatea mea.
9. Vă rugăm să bifați opțiunea dumneavoastră cu privire la administrarea substanței de contrast iodată:  
☐ Sunt de acord să mi se administreze substanță de contrast iodată, pentru un rezultat concludent.  
☐ Nu sunt de acord să mi se administreze substanță de contrast iodată și îmi asum riscul unui rezultat neconcludent.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU INVESTIGAȚIA PRIN COMPUTER TOMOGRAFIE (CT)

Cod: PO-MED-02/F7

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 2/2

I. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele cadrului medical de radiologie) și enumerate mai sus și **ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA EXAMINĂRII CT.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care consimte informat la efectuarea examinării CT

II. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele cadrului medical de radiologie) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului efectuării examinării CT și **ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA EXAMINĂRII CT.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care refuză efectuarea examinării CT

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 cadrului medical de radiologie care a informat pacientul) și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și verbal ☐ **acordul pentru efectuarea examinării CT** / ☐ **refuzul pentru efectuarea examinării CT**, fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura martorului

|                                                                                                                        |                                                                                                               |  |                   |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|---------|
| <br>SPITALUL CLINIC<br>CĂI FERATE IAȘI | <b>CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT<br/>PENTRU PARTICIPAREA<br/>VOLUNTARĂ LA EFECTUAREA<br/>EXAMINĂRILOR RADIOLOGICE</b> |  | Cod: PO-MED-02/F8 |         |
|                                                                                                                        |                                                                                                               |  | Ed.: I            | Rev.: 2 |
|                                                                                                                        |                                                                                                               |  | Pag.: 1/1         |         |

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași/Laborator Radiologie și Imagistică Medicală/Nr. FO \_\_\_\_\_/Nr. BT \_\_\_\_\_/Anul \_\_\_\_\_

**CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU PARTICIPAREA VOLUNTARĂ LA  
EFECTUAREA EXAMINĂRILOR RADIOLOGICE**

|                                                                       |                            |  |                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|------------------|--|
| <b>A. Date privind persoana<br/>care ajută voluntar<br/>pacientul</b> | <i>Numele și prenumele</i> |  |                  |  |
|                                                                       | <i>Vârsta</i>              |  | <i>Greutatea</i> |  |
| <b>B. Tipul investigației<br/>radiologice</b>                         |                            |  |                  |  |

*Rubrica B se completează de către cadrul medical de radiologie.*

- 1. **Radiografia** este o procedură de diagnostic care folosește raze X pentru a crea o imagine bidimensională din diverse părți ale corpului.
- 2. În cadrul radiografiei se folosesc doze mici de radiație ionizantă pentru a obține imagini din corp cu rol diagnostic (dozele primite de-a lungul vieții sunt cumulative).
- 3. Durata investigației depinde de tipul de radiografie, expunerea efectivă la razele X având o durată mai mică de o secundă.
- 4. Protejarea tuturor pacienților, inclusiv a persoanelor care ajută voluntar pacientul, se face obligatoriu cu metode, tehnici și material specific: șorțuri plumbate.
- 5. **Efectuarea de radiografii este contraindicată în sarcină**, mai ales în primul trimestru, când se formează organele fătului.
- 6. **Am fost informat** despre întregul proces de examinare radiologică, inclusiv despre beneficii și riscuri, toate aceste informații fiind prezentate pe înțelesul meu.
- 7. **Declar pe propria răspundere că:**  
\_\_\_\_\_ *(se completează cu: SUNT ÎNSĂRCINATĂ / NU SUNT ÎNSĂRCINATĂ / NU ȘTIU)*

8. **Descrierea situației care impune participarea voluntară la efectuarea examinării radiologice:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Declar că am înțeles toate informațiile** furnizate de către cadrul medical de radiologie și enumerate mai sus **și ÎMI EXPRIM  
ACORDUL INFORMAT PENTRU A AJUTA ÎN MOD VOLUNTAR LA EFECTUAREA EXAMINĂRII RADIOLOGICE** a pacientului:  
\_\_\_\_\_ *(nume și prenume pacient)*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Semnătura persoanei care ajută voluntar pacientul*



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU PROCEDURI INVAZIVE/MINIM INVAZIVE – AMBULATORIU

Cod: PO-MED-02/F9

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1/2

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași/Ambulatoriu/Cabinet \_\_\_\_\_ Nr. Registru consultații \_\_\_\_\_

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU PROCEDURI INVAZIVE/MINIM INVAZIVE

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Procedura<br>(se bifează procedura pentru care se obține consimțământul) | <input type="checkbox"/> Biopsia tegumentului și țesutului celular subcutanat<br><input type="checkbox"/> Crioterapia leziunilor tegumentare<br><input type="checkbox"/> Electroterapia leziunilor tegumentare<br><input type="checkbox"/> Examen micologic direct din leziuni cutanate/păr/unghe<br><input type="checkbox"/> Extragere corpi străini auriculari/nazali/faringieni<br><input type="checkbox"/> Incizie glandă Bartholin<br><input type="checkbox"/> Infiltrații periarticulare<br><input type="checkbox"/> Injecție intramusculară, intravenoasă, intradermică, subcutanată<br><input type="checkbox"/> Injecții intraarticulare<br><input type="checkbox"/> Laringoscopie indirect<br><input type="checkbox"/> Recoltare de secreții vaginale pentru examen microbiologic<br><input type="checkbox"/> Recoltare FCD prin periaj pentru citodiagnostic cervico-vaginal<br><input type="checkbox"/> Recoltare secreție plagă pentru examen microbiologic<br><input type="checkbox"/> Tamponament anterior și posterior<br><input type="checkbox"/> Test de sensibilitate la antibiotice sau anestezice<br><input type="checkbox"/> Tratamentul chirurgical al leziunilor tegumentului și ale țesutului celular subcutanat: plăgi, panariti, hematoame, abcese, flegmoane, granuloame de fir, supurații postoperatorii, formațiuni tumorale<br><input type="checkbox"/> Anestezie locală |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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

1. **Natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării/neefectuării acestei proceduri**, mi-au fost explicate pe înțelesul meu.
2. Mi s-au prezentat **riscurile asociate**, medicale și infecțioase, precum și **riscurile imprevizibile**, consecințele pe care le presupune procedura.
3. Declar că sunt conștient de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul procedurii este spre binele meu.
4. ☐ **Sunt de acord** / ☐ **Nu sunt de acord** ca medicul specialist, să realizeze și să utilizeze în scop didactic și documentar științific fotografii, secvențe filmate și orice alte date clinice ale cazului meu, cu respectarea confidențialității privind identitatea mea.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

**CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT  
PENTRU PROCEDURI  
INVAZIVE/MINIM INVAZIVE –  
AMBULATORIU**

Cod: PO-MED-02/F9

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 2/2

I. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele medicului specialist/asistentului medical) și enumerate mai sus și **ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA PROCEDURII.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care consimte informat la efectuarea procedurii

II. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_

(numele și prenumele medicului specialist/asistentului medical care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului efectuării procedurii și **ÎMI EXPRIM REFUZUL PENTRU EFECTUAREA PROCEDURII.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura pacientului/reprezentantului legal  
care refuză efectuarea procedurii

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 specialist/asistentului medical care a informat pacientul) și completat în prezența mea, pacientul exprimându-și verbal ☐ acordul pentru efectuarea procedurii/☐ refuzul pentru efectuarea procedurii, fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Pacient – tip infirmitate sau descrierea situației: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Semnătura martorului



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU RECOLTARE ANALIZE MEDICALE

Cod: PO-MED-02/F10

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1/1

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași

## CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU RECOLTARE ANALIZE MEDICALE

|                                         |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Datele pacientului                   | Numele și prenumele |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                         | 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"/> <input type="text"/> |
| 2. Reprezentantul legal al pacientului* | Numele și prenumele |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                         | 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

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

**Notă:** Consimțământul informat este obligatoriu pentru orice pacient care solicită analize medicale de laborator. Fără acesta nu se pot efectua testele.

### 1. Mi-au fost explicate:

- Metodele de recoltare și riscurile lor (hematom, lipotimie, amețeli etc.).
- Faptul că interpretarea analizelor medicale (testelor) se va face în contextul cunoștințelor actuale medicale la nivel internațional. Interpretarea curentă a testelor ar putea suferi modificări în viitor în urma ajustărilor ghidurilor de diagnostic și tratament sau în urma unor noi cercetări științifice.
- Faptul că un rezultat negativ al analizelor medicale (testelor) sau încadrarea lor în limite normale admise nu exclude existența bolii în fază incipientă / în fază inactivă / cu valori sub limita de determinare a testelor.
- Faptul că în anumite situații este necesară repetarea manevrelor de recoltare.
- **Faptul că rezultatele analizelor medicale (testelor) sunt confidențiale și vor fi comunicate:**
  - ☐ personal
  - ☐ medicului clinician trimițător
  - ☐ persoanelor autorizate de mine (în tabelul de mai jos se va nominaliza persoana căreia i se vor comunica rezultatele)

|                                                                   |                                    |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Numele și prenumele persoanei autorizate să primească rezultatele | Date de contact (număr de telefon) |
|                                                                   |                                    |

2. **Mi-au fost arătate materialele de recoltare:** ace recoltare, sistemul vacuumat, recoltoare sigilate - care apoi au fost inscripționate cu datele mele de identificare.
3. **Am citit și am înțeles formularul „Consimțământ informat pentru recoltare analize medicale”**
4. **Semnătura mea reprezintă faptul că am fost informat și am înțeles beneficiile și limitele analizelor medicale (testelor).**

\_\_\_\_\_  
(Semnătură pacient/reprezentant legal)

\_\_\_\_\_  
(Data)



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# RAPORT PRIVIND ASISTENȚA MEDICALĂ ACORDATĂ ÎN SITUAȚII DE URGENȚĂ

Cod: PO-MED-02/F11

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1/2

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași

SECȚIA \_\_\_\_\_/Nr. FO \_\_\_\_\_

## RAPORT

privind asistența medicală acordată în situații de urgență

| Echipa medicală<br>(medici/asistenți medicali)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   | Numele și prenumele | Statutul profesional |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------|----------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 |                     |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2 |                     |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3 |                     |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 4 |                     |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 5 |                     |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 6 |                     |                      |
| Data și ora încheierii raportului:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                     |                      |
| Numele pacientului,<br>domiciliul/reședința<br>(dacă sunt cunoscute):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                     |                      |
| <p>Situația pacientului a necesitat intervenția medicală de urgență. Din cauza stării sale de sănătate la momentul stabilirii deciziei terapeutice, pacientul nu avea, în acel moment, discernământ și nu își putea exprima voința, respectiv acordul pentru intervenția medicală. Timpul scurt nu a permis obținerea acordului pentru intervenție de la reprezentanți legali/rude apropiate/autoritatea tutelară. Orice întârziere în acordarea de îngrijiri medicale și în realizarea intervenției ar fi pus în pericol, în mod ireversibil:</p> <p><input type="checkbox"/> Starea de sănătate a pacientului</p> <p><input type="checkbox"/> Viața pacientului</p> |   |                     |                      |
| Împrejurările.<br>Starea pacientului (scurtă<br>descriere, din care reies situația<br>de urgență, condiția medicală și<br>lipsa de discernământ a<br>pacientului):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |                     |                      |
| Actul medical efectuat:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |                     |                      |



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

# RAPORT PRIVIND ASISTENȚA MEDICALĂ ACORDATĂ ÎN SITUAȚII DE URGENȚĂ

Cod: PO-MED-02/F11

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 2/2

|                                                                 |   |  |
|-----------------------------------------------------------------|---|--|
| Semnăturile membrilor echipei<br>care a efectuat actul medical: | 1 |  |
|                                                                 | 2 |  |
|                                                                 | 3 |  |
|                                                                 | 4 |  |
|                                                                 | 5 |  |
|                                                                 | 6 |  |



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

**FIȘĂ DE CONSILIERE PRE ȘI POST  
PRELEVARE PROBE BIOLOGICE  
PENTRU TEST HIV**

Cod: PO-MED-02/F12

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 1/2

Spitalul Clinic Căi Ferate Iași

☐ Ambulatoriu

☐ Secția \_\_\_\_\_/Nr. FO \_\_\_\_\_

**FIȘĂ DE CONSILIERE PRE ȘI POST PRELEVARE  
PROBE BIOLOGICE PENTRU TEST HIV**

|                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Datele pacientului</b>                   | Numele și prenumele |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                | 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>2. Reprezentantul legal al pacientului*</b> | Numele și prenumele |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                | 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      |

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

**1. Cine trebuie să fie testat HIV?**

Toate persoanele active sexual, cele cu tratamente injectabile efectuate de persoane necalificate, utilizatorii de droguri sunt sfătuiți să se testeze pentru HIV.

**2. Este important să știți că:**

- Dacă rezultatul testului este negativ și nu ați fost angajat în situații cu risc de infecție în ultimele 6 luni, este foarte probabil să nu fiți infectat cu HIV.
- Dacă nu sunteți infectat, trebuie să luați măsuri de precauție, pentru a preveni în viitor infectarea cu HIV.
- Dacă rezultatul este pozitiv, puteți beneficia de programe de evaluare, supraveghere și tratament în rețeaua de stat.
- Dacă sunteți seropozitiv, puteți învăța să luați măsuri de prevenire a transmiterii infecției HIV altor persoane.
- Dacă ați fost infectată în timpul sarcinii, copilul are nevoie de control medical și de tratament.

**3. Ce reprezintă un test HIV-negativ?**

- În majoritatea cazurilor, un test negativ înseamnă că persoana testată nu este infectată.
- Trebuie să țineți seama că testul se pozitivează de obicei în trei luni de la infectare (cu o variație cuprinsă între 2 și 9 luni). Dacă considerați că ați fost expus infecției cu HIV în ultimele 6 luni, este nevoie să vă retestați, pentru a fi sigur că nu sunteți infectat.
- Un test HIV-negativ nu înseamnă că sunteți protejat față de infecție.
- Uneori, rezultatul testului nu este cert pozitiv sau negativ și este nevoie să fiți retestat.

**4. Ce reprezintă un test HIV-pozitiv?**

- Un test HIV-pozitiv arată că ați fost expus infecției cu HIV și sunteți infectat. La rândul dumneavoastră, puteți infecta alte persoane prin căile prezentate mai sus.
- Un test HIV-pozitiv nu înseamnă că aveți deja SIDA. Pentru precizarea stadiului infecției sunt necesare și alte teste și examene medicale.



SPITALUL CLINIC  
CĂI FERATE IAȘI

**FIȘĂ DE CONSILIERE PRE ȘI POST  
PRELEVARE PROBE BIOLOGICE  
PENTRU TEST HIV**

Cod: PO-MED-02/F12

Ed.: I

Rev.: 2

Pag.: 2/2

Recoltarea sângelui se face folosind consumabile sterile, de unică folosință. Ca la orice recoltare, pot să apară accidente sau incidente legate de manevra de punționare a venei:

- echimoza care apare la locul punționării, dacă nu s-a făcut corect compresiunea după recoltare;
- sincopa vagală (pierderea stării de conștiență parțială sau totală) sau lipotimia determinate de manevră.

► **Testare la cererea pacientului/reprezentantului legal:** ☐ Da ☐ Nu

► **Dacă NU**, numele și prenumele medicului care a solicitat testarea:

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI, prin întregul personal angajat, se obligă să păstreze confidențialitatea tuturor informațiilor privind efectuarea și rezultatul testului HIV.

\_\_\_\_\_  
(Semnătură pacient/reprezentant legal)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Semnătură/parafă medic care a solicitat testarea)

\_\_\_\_\_  
(Data)