

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU PROCEDURI INVAZIVE/MINIM INVAZIVE

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

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

<p>I. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ <i>(numele și prenumele medicului specialist/asistentului medical) și enumerate mai sus și ÎMI EXPRIM ACORDUL INFORMAT PENTRU EFECTUAREA PROCEDURII.</i></p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>_____</p> <p><i>Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea procedurii</i></p>	<p>II. Declar că am citit și am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ <i>(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.</i></p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>_____</p> <p><i>Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea procedurii</i></p>
---	---

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

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele medicului/asistentului medical), în calitate de martor, confirm că prezentul formular, a fost citit de către _____ (numele și prenumele medicului 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