



**INSTITUTUL REGIONAL DE
ONCOLOGIE IAȘI**
Str. G-ral Henri Mathias Berthelot nr.2 – 4
Cod Fiscal 29067408
Operator date cu caracter personal:21677
Tel. 0374278810, Fax 0374278802
www.iroiasi.ro; e-mail: oncoiasi@iroiasi.ro



FORMULAR CONSIMTAMANT INFORMAT

ACORDUL PACIENTULUI PENTRU TRANSFUZIA DE SANGE / PRODUSE SANGUINE

Subsemnatul/a.....domiciliat/a inlegitimat/a cu
.....seria.....nr.....in calitate de :

- pacient internat in sectia.....
- reprezentant legal al copilului..... in varsta de.....ani
- apartinator (sot/sotie /frate/sora/fiu - in cazul in care pacientul este in incapacitate de a decide) al pacientului.....internat in sectia.....

declar urmatoarele :

1. mi-au fost explicate pe intelesul meu de catre dr..... atat riscurile si beneficiile transfuziei de sange cat si cele ale terapiilor alternative (eritropoietina, etc.) .
2. sunt constient/a de aceste riscuri si le accept intrucat scopul transfuziei sanguine este spre binele meu.
3. am avut posibilitatea de a discuta cu medicul meu aspecte legate de predonare, autotransfuzie.
4. in afara notificarilor speciale de mai jos , consimt la administrarea de sange si produse sanguine daca medicul curant va considera ca este nevoie in perioada preoperatorie.

Mentiuni speciale :

(se vor descrie orice indicatii speciale de tip: predonare , autotransfuzie intraoperatorie , donare directa , etc)

.....
.....
.....
.....

In consecinta si in conditiile precizate , imi dau liber si in cunostinta de cauza, consimtamentul la administrarea transfuziei de sange / produse sanguine. Certific ca am citit , am inteles si accept pe deplin cele de mai sus si ca urmare le semnez .

Semnatura pacient/a sau reprezentant/ apartinator

Data zz/ll/aa

Subsemnatul/ain calitate de martor, confirm ca prezentul formular a fost completat in prezenta mea si semnat de pacient/a fara ca asupra lui/ei sa se fi exercitat vreo constrangere .

Semnatura martor

Data zz/ll/aa