

**FORMULAR CONSIMTAMANT INFORMAT
ACORDUL PACIENTULUI PENTRU INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ**

PACIENT (nume, prenume):CNP

DOMICILIUL.....

SPECIALIST RESPONSABIL:specialitatea.....

Solicitari speciale.....

DECLARATIA SPECIALISTULUI:

Am explicat pacientului :

Diagnosticul de boală sau prezumția diagnostică ce impune o intervenție chirurgicală

.....
.....

Natura și scopul intervenției chirurgicale propuse:

Intervenția chirurgicală la care urmează a fi supus pacientul, respectiv: (denumirea intervenției).....
.....

Proceduri suplimentare care pot deveni necesare in timpul intervenției chirurgicale

.....
.....

Riscurile și consecințele intervenției chirurgicale propuse:

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

Alternativele viabile de tratament precum și riscurile și consecințele acestora (dacă este cazul).....

.....
.....

Prognosticul bolii fara efectuarea intervenției chirurgicale și fara respectarea recomandarilor medicale.....

.....

Semnatura și parafa medicului..... Data

DECLARATIA PACIENTULUI

Subsemnatul,

CNP....., având medic curant pe dl. Dr.....

În calitate de pacient (sau parintele minorului / tutore legal al minorului / ruda apropiată a pacientului fără discernământ) am fost informat cu privire la intervenția chirurgicală necesară a fi efectuată.

Sunt de acord cu efectuarea intervenției chirurgicale:

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

Sunt de-acord cu recoltarea, pastrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul meu in vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului, efectuate inclusiv cu ocazia intervenției chirurgicale.

Mentionez că intervenția chirurgicală și tratamentul se fac la cererea mea.

Autorizez medicii și personalul medical al clinicii/secției să efectueze intervenția chirurgicală și precizez faptul că am fost pe deplin informat în ce constă aceasta.

Am fost informat că orice manevră chirurgicală, oricât de banală ar părea, are riscuri, efecte secundare și, în anumite cazuri, poate avea efecte nedorite foarte grave, până la deces, chiar dacă efectuarea lor a fost corectă. **Având cunoștință de acestea, consimt ca toate intervențiile chirurgicale necesare să fie aplicate.**

Am înțeles că medicul și personalul medical îmi poate oferi orice informații pe care le consider necesare și, în cazul în care nu cer alte informații, consider că este opțiunea mea și că am fost suficient informat. Schimbarea, uneori majoră, a tacticii chirurgicale este posibilă intraoperator, astfel încât intervenția chirurgicală poate fi schimbată în întregime fără acordul pacientului sau al rudelor sale. Înțeleg și accept că aceasta afirmație dă o mare libertate de alegere medicului curant și am încredere în profesionalismul său.

Inteleg ca voi avea posibilitatea sa discut detaliile anesteziei cu un anestezist, inainte de procedura (se aplica numai pacientilor, care au anestezie generala sau regionala).

Inteleg ca orice interventie chirurgicala poate fi însoțită de riscuri si complicatii, inclusiv deces. Chiar in conditiile in care echipa chirurgicala lucreaza cu maximum de competenta, precizie si acuratete, complicatiile sunt posibile si un procent de pacienti fac aceste complicatii in timpul operatiei sau in timpul convalescentei. Am fost informat in legatura cu principalele riscuri si complicatii posibile, **că poate interveni inclusiv decesul**, și am înțeles ca acestea nu depind doar de tehnica chirurgicala si ca nu exista o modalitate de a le elimina in totalitate, și recunosc ca nu mi se poate da o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final.

Inteleg ca exista posibilitatea de a se ajunge la intervenții chirurgicale care să ducă la un grad de mutilare a corporală și că decizia de a proceda la acestea se poate lua in timpul intervenției chirurgicale, în funcție de elementele constatate de medicul operator.

Am fost informat despre procedurile aditionale care pot deveni necesare in timpul intervenției chirurgicale.

Am fost informat în legătură cu beneficiile și riscurile transfuziilor de sânge și a produselor de sânge și consimt ca acestea să imi fie administrate atunci când medicul curant sau echipa de gardă consideră că este necesar.

Consimt să particip la procesul educațional, în învățământul medical clinic și la cercetarea științifică, dar aceasta nu trebuie să pună în pericol calitatea îngrijirilor medicale.

Autorizez fotografierea sau filmarea corpului sau a diverselor părți în interes medical sau științific, dar medicul este obligat să mascheze elementele esențiale ale fizionomiei care ar putea duce la identificarea certa a persoanei mele.

Medicul curant mi-a oferit toate informațiile referitoare la gestul chirurgical în măsura nivelului meu de înțelegere și am pus întrebări care m-au lămurit asupra intervenției chirurgicale și sunt de-acord cu efectuarea acesteia.

Inteleg că in cazul în care în timpul intervenției chirurgicale apare o situație de urgență majoră echipa medicală este autorizată să efectueze orice teste diagnostice sau manevre terapeutice/chirurgicale indiferent de gradul de agresivitate și risc al acestora, fără a fi consimțite de mine sau o rudă apropiată, în condițiile în care acestea pot fi justificate medical în condițiile unei practici medicale corecte.

Medicul curant este șeful echipei operatorii și are toată libertatea de a-și alege echipa operatorie, dar el este cel care m-a informat despre operație și poartă întreaga răspundere pentru gestul chirurgical. Medicul curant va decide modalitatea de abord chirurgical, dar poate decide schimbarea acestuia fără a mă consulta în prealabil, atunci când consideră că situația o impune și este în favoarea mea.

Am fost informat că riscul de deces variază foarte mult în funcție de vîrstă, boala de bază, bolile asociate, tipul și complexitatea intervenției chirurgicale și că actul medical ce urmează a fi efectuat nu este lipsit de acest risc.

Am enumerat urmatoarele proceduri, care nu doresc sa mi se faca, fara nicio discutie suplimentara.....

.....
.....

Am citit (mi s-au citit) și am înțeles cele scrise mai sus și sunt de acord cu acestea.

Nume pacient/ruda/tutore.....

Semnatura.....data.....

CONFIRMAREA CONSIMTAMINTULUI

In numele echipei ce trateaza pacientul am confirmat ca am cazut de acord cu pacientul ca el / ea nu mai are intrebari suplimentare si doreste ca interventia chirurgicala sa aiba loc.

Semnatura și parafa medicului..... Data