Institutul Regional de Oncologie Iași IRO

INSTITUTUL REGIONAL DE ONCOLOGIE
Iași, str. G-ral Henri Mathias Berthelot, nr.2 - 4
tel.: 0374278810 / fax: 0374278802
www.iroiasi.ro; e-mail: oncoiasi@iroiasi.ro

Operator de date cu caracter personal înregistrat A.N.S.P.D.C.P. nr. 21677

CONSIMȚĂMÂNTUL GENERAL AL PACIENTULUI

pentru spitalizare de zi

Prin prezentul consimțământ, subsemnatul(a)_____,

având C.N.P. | | | | | | | | | | | | | , în calitate de ☐ pacient / ☐ reprezentant legal al pacientului _____, având C.N.P. | | | | | | | | | | | | |

ACORD INFORMAȚII GENERALE privind:

S1	***DREPTURILE MELE CA PACIENT*** *inclusiv dreptul la confidențialitate, dreptul la informare, dreptul de a refuza sau retrage consimțământul în orice moment, fără a suferi consecințe negative* ***ȘI OBLIGAȚIILE MELE*** *de a respecta regulile interne ale spitalului, menținerea curățeniei, a igienei generale și personale, deplasarea în interiorul spitalului a mea și a vizitatorilor mei, condițiile de părăsire a spitalului.*
S2	*Utilizarea* ***datelor mele și a informațiilor*** *generale ale actului medical, în scopul* ***CERCETĂRII MEDICALE****, cu respectarea confidențialității și anonimizării acestora și* ***SUNT/ NU SUNT DE ACORD*** *cu prelucrarea datelor mele în acest scop.*
S3	*Participarea la* ***ÎNVĂȚĂMÂNTUL MEDICAL****, îmi exprim decizia, în conformitate cu prevederile art. 8 din Normele de aplicare a* ***Legii drepturilor pacientului*** *nr. 46/2003,* ***SĂ FIU/ SĂ NU FIU DE ACORD*** *cu aceasta 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*
S4	***FOTOGRAFIEREA SAU FILMAREA*** *în afara cazurilor în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului și a tratamentului sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, îmi exprim decizia, în conformitate cu prevederile art. 7 din Normele de aplicare a* ***Legii drepturilor pacientului*** *nr. 46/2003,* ***SĂ FIU/ NU FIU DE ACORD*** *cu aceasta.*
S5	*Am fost, de asemenea, informat(ă) despre posibilitatea de a solicita o a doua opinie medicală și despre procedurile de plângere sau în caz de nemulțumiri.*

ACORD COMUNICARE DATE PERSONALE CĂTRE ALTE PERSOANE

P 1	*Îmi exprim opțiunea, în conformitate cu prevederile art. 9 din Legea drepturilor pacientului nr.46/2003, de a* ***PERMITE ACCESUL*** *domnului/doamnei ....., în calitate de ....., la datele cu caracter confidențial privind starea de sănătate, a mea/ a pacientului, număr telefon al persoanei desemnate .....*
P 2	***NU SUNT DE ACORD*** *să permit accesul altei persoane la datele cu caracter confidențial privind starea de sănătate, a mea/ a pacientului.*
P 3	***AM RETRAS ACCESUL*** *domnului/doamnei ..... la datele cu caracter confidențial privind starea de sănătate, a mea/ a pacientului.* ►*Semnătura pacientului/reprezentantului legal* _____ *Data* __ / __ / _____

ACORD PRIVIND PROCEDURI MEDICALE GENERALE

F 1	*Am fost informat(ă) despre* ***necesitatea și scopul recoltării de produse biologice*** *(sânge, urină, fecale, secreții din plagă etc.) pentru diagnostic, monitorizare și tratament.* *Sunt conștient(ă) de posibilul disconfort sau complicații minore asociate cu aceste proceduri, precum vânătăi sau disconfort la locul de recoltare*
F 2	*Autorizez echipa medicală să efectueze orice teste diagnostice sau manevre terapeutice indiferent de gradul de agresivitate și risc al acestora, fără a fi consimțite de mine sau o rudă apropriată în cazul în care în timpul internării apare o* ***situație de urgență majoră****, cu condiția ca acestea să fie justificate medical, în condițiile unei practici medicale corecte.*

F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F20	F.....

Prin semnarea prezentului consimțământ, confirm că:

- ✓ *Am înțeles informațiile furnizate.*
- ✓ *Am avut ocazia să pun întrebări și am primit răspunsuri satisfăcătoare.*
- ✓ *Am avut timp să mă decid și să fiu parte activă în luarea deciziilor care privesc rezolvarea problemelor mele de sănătate.*
- ✓ *Îmi dau consimțământul în mod liber și voluntar, fără a fi fost supus(ă) presiunilor sau influențelor exterioare.*

Semnătura ***pacientului/reprezentantului legal*** **_____** ***Data*** **__ / __ / ____**