

## CONSIMITAMANT INFORMAT

*Asupra investigațiilor si procedurilor terapeutice si pentru participarea la procesul educațional medical*

Numele.....prenumele.....domiciliul.....  
.....resedinta.....

m-am prezentat din proprie voința, liber de orice constrângere si am solicitat evaluarea stării mele de sănătate, pentru precizarea unui diagnostic si formarea unui program terapeutic individual.

Am cunoștință despre dreptul si libertatea pe care le am, de a cere prezenta unei alte persoane (reprezentant personal), pentru a fi asistat in acordarea consimțământului, in vederea efectuării investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului si a aplicării metodelor terapeutice, necesare recăpătării autonomiei personale. Cunosc de asemenea ca am dreptul sa refuz o procedura diagnosticata sau un tratament cu care nu sunt de acord.

Mi s-a adus la cunoștință, prin explicații suficiente, intr-un limbaj clar, respectuos si pe înțelesul meu următoarele:

- diagnosticul si modul de stabilire a diagnosticului;
- scopul, metodele si durata tratamentului produs cat si beneficiile aduse de acest tratament;
- eventuale neplăceri, riscuri sau efecte secundare ale tratamentului;
- alte posibile modalități de tratament;
- riscurile si consecințele refuzării sau întreruperii tratamentului medical.

Am fost informat ca metodele diagnostice si terapeutice invazive având un grad de risc mai mare, vor fi precizate separat si voi consimți la aceasta individual .

AUTORIZEZ medicii si personalul medical al clinicii/secției sa efectueze toate investigațiile si procedurile necesare, in contextual legal al unei practici medicale corecte. Cu excepția cazurilor in care, in mod expres, îmi exprim dezacordul, toate investigațiile uzuale si tratamentele, cu risc mic sau mediu, pot fi aplicate.

Materialul biologic rezultat(sânge, țesuturi sau organe) in scop diagnostic, poate fi examinat si in scopuri de cercetare științifică, poate fi fotografiat si publicat, fără alta autorizație expresa din partea mea, păstrând confidențialitatea.

Am fost informat ca procesul de asistenta medicala este dublat de procesul educațional si CONSIMIT ca, in limitele impuse de decența si bunul simt, sa particip la procesul educațional dar, acesta nu trebuie sa afecteze calitatea îngrijirilor medicale. Am fost informat ca pot refuza acest lucru de principiu sau in momentele pe care le aleg eu, fără a fi obligat sa dau alte explicații si fără a fi afectate drepturile mele de pacient.

In cazul unei situații de urgenta majora in timpul internării, echipa medicala, este in condițiile unei practice medicale corecte.

Am luat la cunoștință posibilitatea retragerii acestui consimțământ informat, atunci când nu voi mai dori sa fiu internat voluntar.

Am luat la cunoștință ca aceasta consultație se supune legilor din Romania. Am fost informat si accept sa nu înregistrez si/sau sa difuzez aceasta sesiune (consultație ) video online.

Am citit(mi s-a citit) am înțeles cele scrise mai sus si **SUNT DE ACORD CU ACESTEA.**

Semnătura pacientului

Data

Medic curant

Semnătura si parafa

.....

.....

.....

Reprezentant personal / legal

Nume.....Prenume.....

Semnătura.....

(Anexa nr. 1 la normele metodologice)  
Formular de exprimare a acordului pacientului informat  
**ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT**

1. Datele pacientului	Numele și prenumele:	
	Domiciliul/reședința:	
2. Reprezentantul legal al pacientului*)	Numele și prenumele	
	Domiciliul/reședința	
	Calitate	
3. Actul medical (descriere): consult si tratament psihiatric		
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:		
		Da Nu
Date despre starea de sănătate		
Diagnostic		
Prognostic		
Natura și scopul actului medical propus		
Intervențiile și strategia terapeutică propuse		
Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:		
Riscurile neefectuării tratamentului		
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale		
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice	
6. Alte informații care au fost furnizate pacientului		
Informații despre serviciile medicale disponibile		
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata**)		
Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte		
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.		

\*) Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ (pentru art. 8 alin. (3)-(5) din normele metodologice).

\*\*) Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul.

l) 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.

X .....	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.

X ..... Data: ...../...../..... Ora: .....  
 Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului medical

**Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul** .....  
 (numele și prenumele pacientului)

Nr. crt	Numele și prenumele	Statutul profesional
1		
2		
3		
4		
5		
6		
...		

**CMI Dr.Marinescu Cristian**  
**Pitesti, Str. Anton Pann nr 1**

**INFORMARE CONSIMȚĂMÂNT**  
**PENTRU COLECTAREA ȘI PRELUCRAREA**  
**DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

Prin prezenta vă informăm că prelucrăm datele dvs. cu caracter personal în temeiul prevederilor legale, pentru a vă putea furniza serviciile medicale specializate ale cabinetului. Prin solicitarea dvs. de a efectua consultații și investigații în cadrul CMI Dr.Marinescu Cristian, vă exprimați acordul pentru colectarea, prelucrarea și stocarea datelor dvs. cu caracter personal, conform dispozițiilor legale din domeniul sănătății.

De asemenea, datele dvs. cu caracter personal pot fi prelucrate și pentru respectarea oricărei obligații impuse prin dispoziții normative și urmează a fi stocate pentru perioada stabilită prin reglementările legale specifice.

Prelucrarea datelor cu caracter personal de către CMI Dr.Marinescu Cristian este limitată doar la cele care sunt strict necesare pentru derularea actului medical, fără a fi folosite în alte scopuri, cum ar fi cele de marketing.

Vă informăm că datele prelucrate sunt stocate doar pe teritoriul României, fără a fi transferate în alte țări. Aveți dreptul să solicitați accesul la datele dvs. cu caracter personal prelucrate de CMI Dr.Marinescu Cristian.

Aveți dreptul să vă opuneți prelucrării datelor dvs. personale. Exercițiul acestui drept înainte de accesarea serviciului medical va duce la imposibilitatea de a furniza serviciile noastre. În conformitate cu reglementările specifice din domeniul sănătății, istoricul medical nu poate fi însă șters, chiar dacă solicitați expres.

CMI Dr.Marinescu Cristian a implementat măsuri pentru a asigura securitatea prelucrării datelor cu caracter personal, pentru a preveni pierderea, distrugerea sau deteriorarea mediilor de stocare a acestor informații.

Această informare are la bază Regulamentul 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului UE privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Subsemnatul....., declar că am fost informat cu privire la prelucrarea datelor mele cu caracter personal în scopuri medicale și îmi exprim consimțământul pentru prelucrare.

Data.....

Semnătură