Contents

ACORD INFORMAT PREANESTEZIE/ANESTEZIE 2
Acordul pacientului privind filmarea / fotografierea în incinta unității medicale 4
Acordul pacientului informat 5
Consimţământ reciproc, în cunoştinţă de cauză 7
Consimțământ 8
Istoric medical și chestionar preanestezic 9
Dezvăluire și Consimțământ pentru proceduri medicale și chirurgicale 11

Data……

ACORD INFORMAT PREANESTEZIE/ANESTEZIE

Nume ..... Prenume ..... Vârsta ....

Domiciliu ....

Diagnostic complet pentru care se realizează actul anestezic .....

.....

Urgența ..... Cronic ..... Pacient conștient ..... Comă ....

Am fost informat(ă) și am înțeles că:

Orice intervenție chirurgicală se realizează în echipă (chirurg, anestezist) și fiecare are sarcini specifice în timpul operației.

Fiecare metodă de anestezie are avantaje și dezavantaje, iar medicul anestezist îmi va propune metoda care se potrivește cel mai bine tipului meu de operație.

Fiecare anestezie presupune un risc, iar reușita anesteziei depinde și de bolile asociate, vârsta mea, medicamentele pe care le folosesc, posibile alergii.

Este nevoie de o vizită preanestezică în care voi primi informațiile și indicațiile medicale bazate pe specificul intervenției chirurgicale.

Am înțeles explicațiile date și sunt conștient de riscurile și posibilele complicații ale anesteziei propuse.

ACCEPT:

tipul de anestezie propus ..... DA ☐ NU ☐

tipul de medicamente anestezice .....DA ☐ NU ☐

administrarea de sânge sau produși de sânge .....DA ☐ NU ☐

În cazul în care intraoperator apar elemente noi, avizez medicul anestezist să ia decizia pe care o consideră cea mai potrivită, inclusiv să consulte alt medic specialist, având în vedere, interesul și drepturile mele, conform cu etica și deontologia medicală.

Obiecțiile/refuzul le fac pe proprie răspundere, în cunoștință de cauză în urma efectuării vizitei preanestezice.

Data……

Am furnizat medicului și/sau echipei sale toate informațiile despre starea mea de sănătate.

Data / Semnătură pacient .....

Nume /Semnătură reprezentant legal /aparținător (1) .....

Relația cu pacientul.....

Numele / Semnătura persoanei care a informat pacientul (2) .....

(1) Se va completa în cazul în care pacientul nu are discernământ (este sub interdicția judecătorească de a lua decizii), are sub 18 ani sau nu are capacitatea de a înțelege sau decide.

(2) Se va completa obligatoriu de către medicul anestezist.

Acordul pacientului privind filmarea / fotografierea în incinta unității medicale

Acest document a fost emis, încheiat și semnat în temeiul prevederilor următoarelor reglementări legale:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, așa cum a fost modificată – art. 649 și următoarele.
- Legea nr. 46/2003 a drepturilor pacientului – art. 20.
- Ordinul nr. 482/2007 al Ministrului Sănătății Publice – ”NORME METODOLOGICE de aplicare a titlului XV răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

I. Subsemnatul/a .....CNP ..... îmi exprim acordul de a fi filmat/fotografiat în incinta unității medicale, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Semnătura pacientului .....

II. Subsemnatul/a .....medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca acesta să fie fotografiat/filmat în incinta unității medicale, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului.

Data……

Acordul pacientului informat

Acest document a fost emis, încheiat și semnat în temeiul prevederilor următoarelor reglementări legale:

• Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, așa cum a fost modificată - art. 649 și următoarele.

• Ordinul nr. 482/2007 al Ministrului Sănătății Publice - "NORME METODOLOGICE de aplicare a titlului XV răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

• Legea nr. 46/2003 a dreptului pacientului.

• Ordinul Ministerului Sănătății nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.

PERSONALUL MEDICAL CARE INGRIJESTE PACIENTUL

Nr. crt. Nume și prenume Statut profesional

1. .....
2. .....
3. .....

1.DATE PACIENT

Nume și prenume .....CNP .....

Domiciliul / reședința .....

2. REPREZENTANT LEGAL*

Nume și prenume .....CNP .....

Domiciliul / reședința .....

Calitate .....

3. ACTUL MEDICAL (descriere)

.....

.....

- Se utilizează în cazul minorilor și majorilor fără discernământ.

4. INFORMATIILE LEGATE DE STAREA DE SANATATE FURNIZATE PACIENTULUI	DA	NU
Date despre starea de sănătate	☐	☐
Diagnostic	☐	☐
Prognostic	☐	☐
Natura și scopul tratamentului propus	☐	☐
Intervențiile și strategia terapeutică propuse	☐	☐
Riscurile și consecințele tratamentului	☐	☐
Alternative viabile de tratament	☐	☐
Riscurile potențiale	☐	☐
Riscurile neefectuării tratamentului	☐	☐
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale	☐	☐

Data……

5. CONSIMTAMANT PENTRU RECOLTARE

Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice..... ☐ ☐

6. CONSIMTAMANT PENTRU EFECTUAREA URMATOARELOR INVESTIGATII:

..... ☐ ☐
..... ☐ ☐
..... ☐ ☐

7. ALTE INFORMATII FURNIZATE PACIENTULUI

Informații despre serviciile medicale disponibile ..... ☐ ☐
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl tratează ..... ☐ ☐
Informații despre regulile / practicile / obiceiurile din unitatea medicală pe care trebuie să le respecte ..... ☐ ☐
Pacientul a fost înștiințat că are dreptul la o a doua opinie medicală ..... ☐ ☐

8. Suferiți de o afecțiune care vă afectează discernământul? ☐ ☐

9. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate ☐ ☐

I) Subsemnatul pacient / reprezentant legal al pacientului .....
declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către medicul .....
și enumerate mai sus, că am prezentat medicului doar informații adevărate și îmi exprim consimțământul informat pentru efectuarea actului medical.

Data .....Semnătura pacientului / reprezentant legal .....
care consimte informat la efectuarea actului medical

lI) Subsemnatul pacient / reprezentant legal al pacientului .....declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către medicul .....și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

Data ..... Semnătura pacientului / reprezentant legal .....
care refuza efectuarea actului medical

Consimţământ reciproc, în cunoştinţă de cauză

Așa cum mi-ați solicitat, în conformitate cu obligațiile legale, în cunoștință de cauză și liber:
1. Confirm că mi-ați prezentat scopul intervenției chirurgicale la care mă supun, variantele terapeutice și că mi-ați prezentat riscurile inerente oricărei intervenții chirurgicale.
La acestea se adaugă:
• riscuri particulare, legate de tipul intervenției la care mă supun;
• un anumit procentaj de complicații și de riscuri, inclusiv vitale, care țin de patologia de care sufăr;
• riscul de imprevizibilitate a actului operator și a efectelor sale, ca urmare a variațiilor de anatomie loco-regională, variațiilor individuale de convalescență, de cicatrizare etc.
• precum și riscuri excepționale, a se vedea chiar imposibil de cunoscut.

2. Confirm că explicațiile pe care mi le-ați dat au fost în termeni suficient de clari pentru a-mi permite să mă hotărăsc și să vă solicit să efectuați această intervenție chirurgicală.

3. De asemenea, mi s-a adus la cunoștință faptul că, în decursul intervenției, există posibilitatea ca medicul chirurg să descopere sau să se producă un eveniment neprevăzut, care să impună luarea de măsuri complementare sau diferite de cele inițial prevăzute și, prin prezenta, autorizez medicul chirurg ca, în astfel de situații, să efectueze orice act chirurgical pe care îl va estima necesar.

4. Recunosc că, de comun acord, am convenit asupra unui termen minim între consultație și intervenție și că, în decursul acestui interval de timp, sunteți la dispoziția mea pentru a răspunde oricărei întrebări, precum și la dispoziția medicului curant.

5. Mă oblig expres să mă prezint la consultații și să mă supun tuturor îngrijirilor și recomandărilor pe care mi le prescrieți, pre- și post-operator.

6. Am luat la cunoștință de conținutul fișei de informare pe care mi-ați înmânat-o.

Am încredere că veți utiliza toate mijloacele la dispoziția dvs. pentru a obține rezultatul dorit.

Copiați textul de mai jos:

”Am citit și consimt” .....

Nume, prenume, data și semnătura .....

Data……

Consimțământ

Am reflectat îndeajuns asupra deciziei mele; nu mai am nevoie de timp suplimentar pentru a lua hotărârea.

☐ Îmi doresc această operație

Sunt de acord cu anestezia, cu intervențiile suplimentare și post-operatorii, sunt de acord cu modificările și completările necesare și neprevăzute ale procedurilor medicale. Următoarea intervenție va avea loc : .....
.....
(descriere)

Am luat la cunoștință următoarele: Casa de Asigurări de Sănătate nu este obligată să suporte cheltuielile legate de operație sau costurile posibilelor tratamente postoperatorii dacă intervenția are loc din motive pur estetice.

Dacă nu sunteți de acord cu anumite măsuri, vă rugăm să le indicați: .....
.....
.....

Localitatea ..... Data ..... Ora .....
Pacientul / pacienta .....
Custodele / împuternicitul / îngrijitorul .....
Medicul .....

* În caz că semnează un singur părinte, acesta trebuie să declare că minorul îi este încredințat lui spre creștere si că nu solicită acordul celuilalt părinte.

Istoric medical și chestionar preanestezic

Nume.....Prenume .....
Data nașterii .....
Vârsta .....Sex: ☐ feminin / ☐ masculin Înălțime ..... Greutate .....

I. Istoric medical

Suferiți de:	DA	NU
Hipertensiune arterială	☐	☐
Afecțiuni cardiace: murmur, palpitații (aritmie), pacemaker	☐	☐
Dureri în piept (angină), infarct miocardic, insuficiență cardică	☐	☐
Scarlatină, febră reumatică	☐	☐
Astm, TBC, probleme pulmonare, insuficiență respiratorie	☐	☐
Tulburări sangvine, anemie, tulburări de coagulare, flebite	☐	☐
Crize, epilepsie, convulsii	☐	☐
Stări de leșin, pierderea cunoștinței, atac celebral (AVC)	☐	☐
Dureri de cap frecvente sau severe	☐	☐
Diabet	☐	☐
Afecțiuni ale tiroidei, gușă	☐	☐
Cancer	☐	☐
Icter, hepatită, afecțiuni hepatice	☐	☐
Afecțiuni renale sau ale tractului urinar	☐	☐
Vindecare lentă a rănilor, radioterapie	☐	☐
Reacții anormale la rece, sindrom Raynaud	☐	☐
Artrită reumatoidă, sclerodermie, boli de colagen, lupus	☐	☐
Probleme de pigmentare a pielii, tendința de formare cheloid, cicatrizare lentă	☐	☐
Vezicule cauzate de febră, degerături, herpes simplex	☐	☐
Infecții frecvente ale pielii, furuncule, abcese	☐	☐
Transfuzii de sânge	☐	☐
Tulburări emoționale grave	☐	☐
Tratament psihiatric	☐	☐
Febră sau răceală recentă	☐	☐
Sunteți gravidă în acest moment?	☐	☐

II. Istoric medical cavitate nazala

Alergii .....
Medicație administrată pe cale nazală .....
Fracturi nazale .....
Aveți injectat ceva filleri în regiunea nazală (Restylane, Juvederm, Artecoll, Radiesse etc.)
☐ DA ☐ NU Dacă da, când? .....
Vă rog enumerați procedurile de chirurgie nazală efectuate (incluzând Septoplastie, Rinoplastie etc.)

	Anestezie generală	Anestezie locală
.....	☐	☐
.....	☐	☐
.....	☐	☐

Data……

III. Trecut medical

Aveți cumva vreo afecțiune:

☐ Inimă	☐ Plămâni	☐ Rinichi	☐ Piept
☐ Stomac	☐ Ochi	☐ Urechi	☐ Nas
☐ Faringe	☐ Creier	☐ Intestine	☐ Membre
☐ Mâini	☐ Picioare	☐ Nervi	☐ Sistem reproductiv

Operație / leziuni / an	Anestezie generală	Anestezie locală
.....	☐	☐
.....	☐	☐

IV. Examinări recente

☐ Istoric și examen fizic Data ..... Luați ceva tratament medicamentos? .....
☐ Radiografie toracică Data.....Dacă da, vă rog explicați pentru ce anume:.....
☐ EKG (Electrocardiogramă) Data..... .....
☐ MamografieData ....
☐ Examinări de laborator Data ....

V. Medicație

Sunteți sensibil(ă) sau alergic(ă) la ceva medicamente:
☐ Penicillină ☐ Anestezie Locală/Generală ☐ Adhesive Tape
Luați sau ați luat în ultimele 6 luni vreunul din următoarele medicamente:
☐ Aspirină sau produse ce conțin aspirină? ☐ Anticoagulante sau antiagregante?
☐ Steroizi, cortisone sau ACTH? ☐ Insulină?
☐ Tranchilizante sau sedative?
Alte medicamente sau picături de ochi? .....

VI. Istoric social

Uz aproximativ zilnic de: Alcool .....Tutun ..... Cafea .....

VII. IstorIc Familial

Rudele Dvs. au avut vreodată vreuna din afecțiunile enumerate:

☐ Cancer, cancer de sân	☐ Afecțiuni pulmonare, astm
☐ Diabet	☐ Afecțiuni renale
☐ Epilepsie	☐ Afecțiuni sangvine
☐ Poliartrită reumatoidă, sclerodermie, lupus	☐ Afecțiuni mentale
☐ Afecțiuni cardiace	☐ Reacții la anestezie
☐ Hipertensiune arterială	

VIII. Sunt alte afecțiuni de sănătate care considerați că ar trebui știute de către doctor?

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

Nume / semnătură pacient
Data
* Dacă vreuna din informațiile date în acest chestionar se modifică, vă rugăm informați medicul.

Dezvăluire și Consimțământ pentru proceduri medicale și chirurgicale

Către pacientul chirurgical: Aveți dreptul, în calitate de pacient, să fiți informat privitor la starea dumneavoastră și la procedurile chirurgicale, medicale sau de diagnostic recomandate sau care se vor utiliza. Aceasta vă va permite să decideți dacă doriți sau nu să vă supuneți respectivei proceduri, cunoscând riscurile și pericolele implicate. Prezenta dezvăluire nu este menită a vă speria sau alarma; este pur și simplu un efort de a vă informa cât mai bine astfel încât să vă dați consimțământul în cunoștință de cauză, privitor la această procedură.

Solicit, voluntar, Dr. _____, în calitate de medic curant, precum și personalului medical care îl va asista, după cum va fi necesar, să realizeze următoarea intervenție chirurgicală asupra mea: _____, cu respectarea următoarelor condiții:

Înțeleg că medicul meu poate descoperi afecțiuni diferite sau suplimentare ce necesită proceduri diferite sau suplimentare față de cele planificate. Îmi dau acordul ca medicul meu, precum și întreg personalul care îl asistă, să efectueze acele proceduri pe care le va considera necesare potrivit expertizei sale profesionale.

SUNT DE ACORD/NU SUNT DE ACORD să se utilizeze sânge sau derivate din sânge, după cum se poate dovedi necesar. Înțeleg că nu există nicio garanție cu privire la rezultate sau la vindecare. Realizez că orice procedură chirurgicală, medicală și/sau de diagnostic implică posibilitatea de complicații ce includ, fără a se limita la: tromboză venoasă profundă, reacții alergice, infecție, hemoragie (hematom), rezultat nesatisfăcător, cicatrizare excesivă, pierderea funcției nervoase sau deteriorarea vaselor sanguine, pierderea lambourilor și/sau a grefelor, asimetrie, reacții la anestezia locală/generală, necesitatea chirurgiei de revizuire, rezultate fără îmbunătățiri semnificative, embolism pulmonar și foarte rar deces.

La momentul semnării prezentului formular de consimțământ, sunteți însărcinată? ___Da ___Nu
(Dacă rămâneți însărcinată anteriori datei programată pentru intervenție, aveți obligația de a ne anunța imediat).

Înțeleg că anestezia implică riscuri suplimentare și pericole, dar solicit utilizarea anesteziei în scopul scutirii și protejării împotriva durerii pe durata procedurilor planificate și a celor adiționale. Realizez că tipul de anestezie poate fi schimbat în funcție de necesități, posibil fără să mi se semnaleze acest fapt. Înțeleg că anumite complicații pot rezulta din utilizarea produselor anestezice. Acestea includ probleme respiratorii, reacții la medicamente, paralizie, afectări neurologice și chiar deces. Alte riscuri și pericole ce pot rezulta din utilizarea produselor de anestezie generală includ de la disconfort minor la afectarea corzilor vocale, a dinților sau a ochilor. Înțeleg că alte riscuri ți pericole ce pot rezulta din anestezia peridurală sau epidurală includ migrene și durere cronică.

Mi s-a oferit ocazia de a adresa întrebări privitoare la starea mea, la forme alternative de anestezie și de tratament, riscuri în caz de lipsă de tratament, procedurile ce se vor utiliza, precum și riscurile și pericolele implicate, și consider că dețin suficiente informații pentru a semna prezentul formular de consimțământ.

Certific că acest formular mi-a fost explicat în detaliu, că l-am citit sau mi s-a citit, că spațiile lăsate libere au fost completate, precum și că înțeleg conținutul acestuia.

Data:_____ Numele complet al pacientului _____

Semnătura pacientului sau a reprezentantului legal al pacientului _____

Numele martorului _____

Semnătura martorului _____
Onorariu aferent chirurgiei cosmetice

Subsemnata(ul) _____ declar că am luat la cunoștință faptul că procedurile pe care le-am solicitat în clinica _____, efectuate de Dr._____ sunt de natură cosmetică și nu sunt acoperite de asigurare, fiind proceduri ne-necesare din punct de vedere medical, drept pentru care nu vot fi suportate din asigurarea medicală încheiată cu societatea mea de asigurări. Prin semnarea prezentului acord, accept deplina responsabilitate privind toate cheltuielile clinicii _____aferente acestei proceduri. De asemenea, declar că clinica _____ nu va depune nicio plângere sau cerere de despăgubire, deoarece am informat clinica _____ că voi efectua plata în numerar/cu card de credit și primesc o reducere de onorariu corespunzătoare plății respective.

Declar că sunt de acord ca, chiar dacă asigurarea mea medicală ar fi de așa natură încât ar acoperi o astfel de procedură, să achit personal și să nu depun nicio cerere de răscumpărare a costurilor respective nici în prezent, nici în viitor.

Pe cale de consecință, înțeleg că voi fi responsabil de plata facturilor emise de clinica _____. Înțeleg că clinica _____ nu îmi va pune la dispoziție nicio documentație (inclusiv coduri procedurale) destinată a fi depusă pe lângă asigurătorul emitent al asigurării mele medicale și nici nu va depune vreo solicitare de despăgubire pe lângă acesta.

Înțeleg că acesta este un caz cosmetic. Nici eu, nici cabinetul nu vom depune nicio cerere de despăgubire parțială sau totală pe lângă asigurătorul emitent al asigurării mele medicale. Înțeleg că această decizie este ireversibilă și nu voi utiliza devizul de plată ce mi-a fost pus la dispoziție pentru a solicita despăgubiri din partea asigurătorului. Prin semnarea prezentului contract, accept răspunderea deplină pentru sumele facturate de cabinet, pe care le voi achita personal integral, iar cabinetul nu îmi va pune la dispoziție niciun cod procedural pentru scopuri de despăgubiri ulterioare. Înțeleg că toate facturile vor fi plătite de către mine și consider că onorariile sunt rezonabile și sunt de acord cu valoarea lor.

Vă rugăm să semnați mai jos, indicând că ați înțeles paragrafele de mai sus.

_____
Numele pacientului

_____ _____
Semnătura pacientului Data

Data……