



Formular

MU-KK-01.6.1.2. F01

Versiune:

05

Declarație specială de acord

Eliberat la data de
2 martie 2018

Operație/intervenție		
1.	Cauza operației/intervenției planificate (diagnoză/simptom)	
2.	Denumirea/tipul operației/intervenției planificate	
3.	Data planificată a operației/intervenției	
4.	Persoana care efectuează intervenția	
5.	Antecedentele medicale enumerate de pacient ce pot fi importante din punct de vedere al operației/intervenției, starea actuală	
6.	Pregătirea prealabilă necesară operației/intervenției și tratamentul medicamentos	
7.	Descrierea scurtă a operației/intervenției	
8.	Posibilele complicații mai frecvente	
9.	Măsurile ce se vor lua după operație/intervenție	
10.	Alte informații individuale referitoare la pacient, cunoscute de medicul care tratează	

În vederea obținerii de rezultate în urma tratamentului, în cunoștință de cauză privind responsabilitatea mea și în interesul meu personal, voi răspunde sincer la toate întrebările formulate și voi da informații privind toate faptele și împrejurările cunoscute de către mine. Realizez faptul că ascunderea acestora pot provoca sau intensifica factori de risc sau complicații ai tratamentului necesar ce se va efectua cu acordul meu.

Am înțeles și am luat la cunoștință informarea medicală verbală și în formă scrisă cu numărul de identificare ☐, ce este parte a declarației de acord; am primit răspunsuri satisfăcătoare și pe înțelesul meu la întrebările mele ce au legătură cu tratamentul recomandat, cu posibilele complicații și cu deznodământul probabil al intervenției.

Am luat la cunoștință faptul că și în cazul unei intervenții efectuate cu profesionalism pot apărea complicații neprevăzute, care pot influența negativ perioada de vindecare și rezultatul.

Declar că în cazul suspiciunii/sesizării a unei posibile complicații mă voi prezenta de îndată la unitatea care efectuează tratamentul. Am luat la cunoștință faptul că, eu sunt responsabil pentru posibilele consecințe ce decurg din neprezentarea la examenul medical de control, conform înțelegerii sau nerespectării indicațiilor.

Data:

După citirea* informării medicale scrise și după informarea verbală îmi dau acordul în vederea efectuării operației/intervenției recomandate.

.....
semnătura pacientului semnătura persoanei îndreptățite la a da declarație semnătura medicului

În ciuda citirii* informării medicale scrise și după informarea verbală nu îmi dau acordul în vederea efectuării operației/intervenției recomandate.

.....
semnătura pacientului semnătura persoanei îndreptățite la a da declarație semnătura medicului

Partea însemnată cu * se va șterge în cazul în care nu s-a folosit informare medical.