

SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA BUCURESTI (SUUB) TEL:021.318.05.55 FAX:021.318.05.54	CONSINTAMANT INFORMAT AL PACIENTULUI IN VEDEREA ACORDARII INGRIJIRILOR MEDICALE SI DE OBTINERE A ACORDULUI PRIVIND ACCESUL SI PRELUCAREA DATELOR CONFIDENTIALE	F-562-18
		Ed.1/Rev.3
		Pag.1/4

I.1. Subsemnatul(a) CNP,
legitimat cu C.I. Seria, nr in calitate de pacient internat in sectia
..... SUUB,

Declar ca nu sufar de nici o afectiune care imi afecteaza discernamantul.

sau

2. Reprezentant(a) legal in calitate de apartinator (sot,
sotie, sora, frate, fiu, fiica) a/al pacientului internat
in sectia SUUB.

II. Consimtamant

A. Consimt sa mi se recolteze probe de sange si alte fluide biologice, natura si scopul
acestora fiindu-mi explicate pe intelesul meu de medicul

Consimt sa mi se efectueze punctie lombara, natura si scopul acesteia fiindu-mi explicate pe
intelesul meu de medicul

Consimt sa efectuez investigatiile paraclinice pe care Dr. le
considera necesare in vederea stabilirii diagnosticului si al caror scop mi-a fost explicat pe intelesul
meu de catre acesta:

- electrocardiografie
- radiografie pulmonara sau a altui segment
- ecografie abdominala, pelvina, tiroidiana, cardiaca
- spirometrie
- electroencefalografie
- altele:

Semnatura

B. Consimt sa efectuez consulturile interdisciplinare pe care Dr.
le considera necesare in vederea stabilirii diagnosticului si al caror scop mi-a fost explicat pe
intelesul meu de catre acesta.

Semnatura

C. Consimt sa urmez tratamentul (per os sau injectabil) al carui scop mi-a fost explicat pe
intelesul meu de acelasi doctor.

Natura, scopul, beneficiile si riscurile neefectuării acestor investigatii/tratamente/consulturi
mi-au fost explicate de catre doctor.

Declar ca mi s-au prezentat riscurile asociate, precum si riscurile imprevizibile (inclusiv
riscul oricat de mic de deces si riscul de aparitie a unei infectii asociate actului medical).

Declar ca sunt constient de aceste riscuri si le accept, intrucat scopul investigatiilor si
tratamentului este spre binele meu.

In cazul in care in timpul interventiei terapeutice apar situatii neprevazute care impun
proceduri suplimentare fata de cele descrise mai sus ca fiind acceptate de mine, **accept ca medicul
desemnat sa actioneze in baza pregatirii sale profesionale in consecinta**, doar daca aceste
proceduri sunt absolut justificate din motive medicale si numai spre binele meu.

D. Mi s-au prezentat riscurile care decurg din nerespectarea recomandarilor medicale.

Am fost informat despre:

- serviciile medicale oferite de spital;
- identitatea si statutul profesional al personalului care ma trateaza;
- regulile/practici/obiceiuri din unitatea medicala, pe care trebuie sa le respect;
- dreptul la o a doua opinie medicala;
- prelucrarea statistica a datelor cu caracter personal din FOCG/FSZ;

Semnatura

2. Subsemnatul(a) în calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului

A. Îmi exprim decizia **să nu fiu** informat în cazul în care informațiile prezentate mi-ar putea cauza vreo suferință.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal X Data

B. **Am permis** accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei

Nr. Crt.	Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)	Data	Semnatura
1.				
2.				
3.				
4.				

(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale)

X Data. / /

C. **Nu sunt de acord** să permit accesul nici unei persoane la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal X Data

D. **Am retras** accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate:

Nr. Crt.	Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)	Data	Semnatura
1.				
2.				
3.				
4.				

(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale)

X Data. / /

3. Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare

Subsemnatul(a) în calitate de pacient, **îmi exprim acordul** de a fi filmat/fotografiat în incinta unității medicale în scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal X Data

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

Semnătura pacientului/reprezentantului legal X Data

4. Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical

Subsemnatul(a) în calitate de pacient, **îmi exprim acordul** de a participa la învățământul medical 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.

5. Acordul pacientului/ reprezentantului legal privind folosirea în cadrul studiilor clinice a probelor biologice și a rezultatelor analizelor efectuate în scopuri de cercetare

Subsemnatul(a) în calitate de pacient/ reprezentant legal....., imi exprim acordul ca probele biologice recoltate de la mine și rezultatele analizelor efectuate pe/ cu aceste probe biologice să fie folosite în scopuri de cercetare în studii observationale, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplina cunoștința de cauză.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal X Data

Subsemnatul(a), medicul în grija căruia se află pacientul, sunt de acord ca probele biologice recoltate de la pacient și rezultatele analizelor efectuate pe/cu aceste probe biologice să fie folosite în scopuri de cercetare în studii observationale, acest fapt nefiind de natură a dauna pacientului.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal X Data

6. Declar ca am fost informat cu privire la personalul medical curant care ma va îngriji pe durata spitalizării.

Nr. crt	Nume prenume	Statut Profesional
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

7. Declaratie privind prelucrarea datelor cu caracter confidential conform legii si GDPR.

Va informam ca datele personale ale dumneavoastra sunt prelucrate in interesul dvs., in conformitate cu prevederile **Legii 95/2006 si a Legii Pacientului 46/2003**, precum si a reglementarilor privind pachetele de servicii si a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Dumneavoastra, ca pacient, puteti avea acces la datele personale si puteti cere modificarea sau actualizarea acestora.

In ceea ce priveste stergerea din baza de date sau uitarea, aceasta nu se poate face decat in conditiile legilor de mai sus. Referitor la restrictionarea accesului la datele personale, acesta este reglementat mai sus, la punctul 2).

Conform solicitarilor dumneavoastra, spitalul nu isi propune sa tranzactioneze datele dvs. personale, participarea la studii clinice fiind singura posibilitate de transfer a datelor, dar este supusa unui consimtamant separat.

Va asiguram ca datele dumneavoastra sunt prelucrate in mod legal, echitabil si transparent, numai in scopul acordarii de ingrijiri medicale necesare.

Inceram ca toate informatiile colectate sa fie corecte, relevante, actualizate si voi fi pastrate conform **Regulamentului Intern si Legii Arhivelor Nationale Nr. 16/1996**.

Inceram sa asiguram o securitate adecvata a datelor dumneavoastra personale prin securizarea sistemului IT al spitalului.

Pentru informatii suplimentare, puteti accesa site-ul spitalului, www.suub.ro, sau sa va adresati ofiterului responsabil cu protectia datelor la [mail-ul: dpo@suub.ro](mailto:dpo@suub.ro).

Certific ca am citit, am inteles si accept pe deplin cele de mai sus .

Declar ca toate datele declarate in prezentul consimtamant sunt adevarate si consimt informat la efectuarea tratamentului.

.....
Semnatura pacientului
(reprezentantului sau apartinatorului)

...../...../.....
zi luna an