

	DOCUMENTE DE MANAGEMENTUL CALITĂȚII	Nr. document: HD-FR-792 Data publicării: 19.08.2024 Revizia nr:00 Data revizuirii: Numărul paginii: 1/4
	FORMULAR DE PRIMIRE ȘI INTERNARE A PACIENTULUI	

Nume și Prenume:..... CNP Turc :.....

Sex/Vârsta:..... Protocol Nr :.....

Modalitate sosire:..... Data/ora sosirii :.....

Meseria :..... Starea civilă :.....

Adresa:.....

.....

.....

Telefon Fix :..... Mobil:.....

Telefonul rudei : (Pentru contact în caz de urgență) :

Secția în care pacientul este internat:.....

Medicul care internează pacientul:.....

Diagnosticul pacientului:.....

1- Prin internarea sub autoritatea, observația și metoda medicului....., autorizez medicii, asistentele și alți profesioniști din domeniul sănătății să efectueze intervențiile de diagnosticare necesare și tratamentele medicale adecvate pentru afecțiunea sau starea mea medicală. S-au explicat scopurile procedurilor și tratamentelor de diagnostic, metodele alternative de tratament, posibilele riscuri și complicații și mi s-a răspuns întrebărilor.

2- Eu/Noi, fără nicio presiune sau îndrumare, la liberul meu arbitru, autorizez medicul să îmi evalueze plângerile care sunt motivul cererii mele, să efectueze examinările și investigațiile necesare, să tragă concluzii, să efectueze procedurile pe care le consideră oportune, să efectueze practicile considerate adecvat și îi solicit să efectueze aceste practici.

3- Doctorul meu, Dr..... mi-a explicat/ne-a că există o afecțiune care explică starea mea de sănătate/starea de sănătate a pacientului nostru, cum se numește afecțiunea mea, cauzele ei, frecvența de apariție, ce ar trebui făcut pentru diagnostic și tratament, a enumerat posibilitățile așteptate și neașteptate, mai mult sau mai puțin periculoase care pot apărea atât în timpul procedurilor de diagnostic, cât și în timpul procedurilor de tratament, într-un mod mult mai amplu decât afirmațiile enumerate în articolul 15 din acest document, m-a informat/ne-a informat și m-a/ne-a

Întrebat dacă îmi dau/ne dăm acordul. Înțeleg/înțelegem pe deplin că pot apărea toate aceste consecințe și accept/acceptăm să-mi dau/să ne dăm consimțământul și acordul.

4- În plus față de ceea ce a fost explicat la prima aplicare despre starea mea de sănătate/starea pacientului nostru și practicile de diagnostic și tratament planificate, sunt/suntem conștienți că pot apărea diferite diagnostice ce pot fi stabilite de către spital/medic și alți practicieni medicali și pot fi efectuate diferite proceduri în afara practicilor de diagnostic și tratament pre-planificate, chiar și de diferite clinici și discipline, fapt pentru care înțeleg, accept și solicit că dacă se consideră necesar, tratamentul meu/pacientului nostru să poată fi continuat parțial sau complet în condiții de terapie intensivă sau chiar pe o unitate de susținere a vieții, fără a fi nevoie de o aprobare separată.

5- Știu/știm că există riscul de boli infecțioase care pot fi detectate în stadii precoce sau târzii, precum febră, reacții sanguine, șoc, insuficiență renală, consecințe grave datorate încetării producției de sânge ca urmare a afecțiunii măduvei osoase, insuficiență, icter și SIDA, fapt pentru care înțelegem, ne dăm consimțământul și solicit/solicităm dacă este necesar ca sângele și produsele din sânge recoltat pot fi utilizate în întregime sau ca parte a aplicațiilor legate de această utilizare.

6-Cunosc/cunoaștem că **injecția (intravenoasă) este o metoda care poate fi aplicată** în întregime sau ca parte a aplicării, iar ca urmare a aplicării se pot produce următoarele; durere la introducerea acului și după, vânătăi la locul procedurii, ieșirea acul din venă, acumularea medicamentului sub piele și în structurile din jurul venei, acumularea de sânge în jurul locului acului, durerea, roșeața, umflarea ce se pot dezvolta de-a lungul venei ca urmare a infecției, inflamația venei sau dezvoltarea unui cheag în interiorul acesteia, intrarea acului în arteră, intrarea aerului în venă și crearea unui dop de aer, alergii la medicamentul administrat sau șoc alergic. Prin prezenta declar că sunt/suntem de acord cu procedura, înțelegând că această practică implică riscuri și pericole în plus față de complicațiile generale.

7- Știu/Știm că părți de organ sau țesut pot fi preluate dintr-o altă parte a corpului meu/corpul pacientului ca parte totală sau parțială a procedurii, sau pot fi utilizate temporar sau permanent metale, materiale sintetice, materiale chirurgicale străine etc din exteriorul corpului, acestea pot fi infectate sau pot să nu îndeplinească funcțiile așteptate sau pot fi respinse de organism, sau este necesar să fie îndepărtate, fapt pentru care pot fi necesare intervenții chirurgicale separate pentru aceasta. Eu/noi prin prezenta aprob/aprobăm procedura, realizând că aceste practici implică riscuri și pericole pe lângă complicațiile generale.

8- Este posibil ca procedurile care urmează să fie efectuate să nu poată diagnostica toate patologii/bolile legate de sănătatea mea/sănătatea pacientului nostru, iar spitalele și medicii nu garantează vindecarea completă a vreunei boli sau afecțiuni patologice, afecțiuni existente ale pacientului sau care în prezent se cunosc sau nu se cunosc. Cunosc/cunoaștem că poate exista o nouă boală/patologică, afecțiune și complicații care nu existau înainte și care pot depinde de rezultatele practicilor de diagnostic sau tratamentului aplicat în timpul intervenției.

9- Înțeleg și aprob că orice diagnostic sau tratament, inclusiv intervenția chirurgicală, cu privire la

afecțiunea mea, poate să nu fie finalizat dacă se consideră necesar, sau poate fi împărțit în mai multe sesiuni și efectuat ca aplicații/operații separate sau poate să nu fie implementat deloc.

10- Așa cum mi-a fost explicate toate aspectele legate de fiecare procedură care trebuie efectuată în timpul diagnosticării și tratamentului, așa mi s-a explicat și am înțeles orice consecință cu care mă pot confrunta dacă nu primesc tratamentul/dacă pacientul nostru nu primește tratament, precum anemii, despre care știu că sunt frecvente, infecții inclusiv meningită, cheaguri de sânge în vene, plămâni și la locul intervenției chirurgicale sau în timpul intervenției chirurgicale, reacții adverse, edem tisular, criză epileptică, disfuncție temporară sau permanentă a organelor sau a sistemului, cedarea sistemului imunitar sau deces. Alte riscuri includ disconfort ușor, amorțeală în zona de incizie sau cicatrizare permanentă sau deformare a capului, brațelor sau picioarelor sau corpului ca urmare a îndepărtării-inserției osoase, a intervenției chirurgicale sau a deformării corpului, leziuni ale creierului la locul intervenției chirurgicale, dureri de cap sau durere cronică/de lungă durată, pierderea temporară sau permanentă a vocii ca urmare a paraliziei corzilor vocale, probleme legate de față, sprâncene, dinți, auz, înghițire, mișcări ale ochilor, controlul urinar sau al defecației sau legate de personalitate. Știu că există efecte secundare, cum ar fi pierderea temporară sau permanentă a funcției, invaliditate din cauza leziunilor țesuturilor sau organelor sau nevoia de a folosi medicamente sau hormoni pe viață, durere și amorțeală pe termen scurt sau lung din cauza poziționării în timpul intervențiilor.

11- Anestezia locală/regională, spinală, epidurală/în măduva spinării sau anestezia generală și procedurile de ameliorare a durerii care pot fi aplicate mie/pacientului nostru în timpul practicilor de diagnostic și tratament prezintă un risc suplimentar în sine, iar aceste riscuri includ probleme respiratorii, reacții la medicamente, probleme incontrolabile, febră mare, orice leziuni corporale, paralizia unui membru sau a unui nerv, leziuni cerebrale și chiar deces. Înțelegem și aprobăm toate aceste riscuri.

12- În timpul aplicațiilor de diagnostic și tratament se utilizează raze X, fluoroscopie, ultrasonografie, scintigrafie, tomografie computerizată, rezonanță magnetică etc. Este posibil ca pacientul nostru să fie expus la raze X, radioizotop/energie nucleară, radiații cu unde scurte și lungi, iar aceste aplicații pot conduce la supresia măduvei osoase și anemie, deficiența sistemului de apărare, insuficiența organelor reproductive care poate suprima funcția de a avea copii, sau dezvoltarea cancerului chiar și după o perioadă lungă de timp. Știu/Știm că aceste aplicații pot duce la consecințe neprevăzute și aprob/aprobăm utilizarea lor dacă este necesar.

13- Cunosc că am dreptul de a mă opune examinării, depozitării, utilizării, distrugerii sau producerii oricărui organ sau țesut care urmează să fie îndepărtat în timpul procedurii, sau imaginile acestuia, sau țesuturile ulterioare care urmează să fie produse din acestea și orice informații care trebuie obținută pentru scopuri științifice pe parcursul procedurilor ce urmează a fi efectuate în ceea ce privește starea mea/ a pacientului meu. Eu/noi autorizăm și aprobăm.

14- Am/am citit cu claritate întregul document scris. Din moment ce nu pot citi, mi-a fost citit/ne-a fost citit într-un mod pe înțeles. Mi-a fost tradus și explicat. Mi s-a/ni s-a oferit posibilitatea de a pune tot felul de

întrebări, de a evalua și de a lua decizii cu privire la starea mea de sănătate/starea de sănătate a pacientului nostru, atât în timpul, cât și în timpul completării acestui formular. Ni s-a oferit posibilitatea de a pune orice întrebări și de a evalua și de a lua decizii, inclusiv dacă nu se primește niciun tratament. Mi s-a spus despre tot felul de alternative diferite de tratament și diagnostic, inclusiv situația fără tratament și riscurile și predispozițiile care se impun și cred că, cu cele scrise în acest document și cu răspunsurile pe care le-am primit la întrebările mele/întrebările noastre, eu/noi am primit informații suficiente și satisfăcătoare despre sănătatea mea/sănătatea pacientului nostru și procedurile care urmează a fi efectuate, fapt pentru care îmi dau/ne dam consimțământul prin semnarea acestui formular din proprie inițiativă, fără nicio presiune asupra mea.

INFORMAȚII PERSONALE:

.....
.....

.....

Numele și prenumele pacientului:

Semnătura :

Data/Ora :/.....

Ruda pacientului

Nume- Prenume :

Semnătura :

Data/ora :/.....

Medic :

Nume- Prenume :

Semnătura :

Data/ora :/.....