



Având în vedere Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018 privind aprobarea Normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, precum și pentru stabilirea documentelor necesare atribuirii numărului unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina, astfel cum a fost modificat și completat prin Ordinele președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 127/2022 și nr. 155/2022,

ținând cont de Decizia Consiliului național al Colegiului Medicilor Dentişti din România nr. 15/2016 privind elementele acordului pacientului informat și de Decizia Consiliului național al Colegiului Medicilor Dentişti din România nr. 3/2013 privind aprobarea Chestionarului de evaluare a stării generale de sănătate a pacientului,

în temeiul art. 537 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările ulterioare, precum și al art. 42 și al art. 43 din Regulamentul de organizare și funcționare a Colegiului Medicilor Stomatologi din România adoptat prin Decizia Adunării generale naționale a Colegiului Medicilor Dentişti din România nr. 5/2007, cu modificările și completările ulterioare,

Biroul executiv național al Colegiului Medicilor Stomatologi din România

adoptă următoarea

Decizie

Art. 1. Se aprobă traducerea în limba ucraineană a următoarelor formulare utilizate în exercitarea profesiei de medic stomatolog:

- Acordul pacientului informat;
- Chestionarul de evaluare a stării generale de sănătate a pacientului.

Art. 2. Formularele traduse în limba ucraineană vor fi utilizate în vederea furnizării de servicii stomatologice cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite care provin din zona conflictului armat din Ucraina și vor fi completate cu respectarea dispozițiilor art. 50 alin. (2) și (3) din Codul deontologic al medicului stomatolog aprobat prin Decizia Adunării generale naționale a CMSR nr. 6/1AGN/2021.

Art. 3. Prevederile prezentei decizii și formularele prevăzute la art. 1 vor fi comunicate colegiilor teritoriale ale Colegiului Medicilor Stomatologi din România.

Președintele Colegiului Medicilor Stomatologi din România,
Prof. dr. Ecaterina IONESCU



București, 09 mai 2022
Nr.17/3BExN/2022

АНКЕТА ОЦІНКИ ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ

Я, Нижче підписаний (а)

що проживає в.....

ототожнений (а) паспортом/ посвідченням особи №серії..... , у
якості.....

1. Пацієнт (ка)

2. Законний представник у віці..... років
представлений

3. Приналежні (дружина, брат/сестра)..... пацієнта
пресутній (а) ,..... заявляю наступне:

Ви с, чи можливо ви вагітна? () да () ні

Якщо ви вагітна, укажіть термін вагітності (у тижнях).....

Ви в періоді менструального циклу ¹? () да () ні

Чи страждаєте ви від алергії чи непереносимості на ліки чи на інші речовини? ()
да () ні

Якщо так, то вкажіть на які :.....

**Чи дотримуетесь Ви певного лікування (медикаментозного, гомеопатичного,
фітотерапевтичного тощо)? () да () ні**

Якщо так, будь ласка, вкажіть ліки / продукт та наведену дозу:.....

Ви приймали антибіотики протягом останніх двох тижнів? () да () ні

Якщо так, вкажіть ліки та дозу:.....

Ви на антикоагулянтному лікуванні? () да () ні

Якщо так, то вкажіть:

а) ліки та введена доза:.....

б) значення INR:.....

**Ви проводите лікування такими ліками як: Фосамакс, Фосаванс, Актонель,
Бонвіва, Зомета, Акласта (бісфосфонати)? () да () ні**

Якщо так, то вкажіть

а) ліки та введена доза:.....

б) шлях введення: () внутрішньовенний; () пероральний прийом лікарських засобів

в) скільки часу ви проводите ці лікування (місяці / роки).....

д) Значення β cross-laps:.....

Ви страждаєте чи страждали від якогось гострого чи хронічного захворювання? ()
да () ні

Якщо так, то вкажіть, які захворювання:

- вроджені захворювання: ()

- професійні захворювання: ()

- захворювання серця: () стенокардія; () інфаркт міокарда (вказати, коли):.....



() аритмії (фібриляція тощо) () блокади () серцева недостатність () вказати клас NYHA).....

() вальвулопатії (вказіть які):() інфекційний ендокардит:

() хірургічні втручання серця (уточнити).....

() інші:.....

¹ Застосовують лише жінки дітородного віку (14-55 років).

-- судинні захворювання: () облітеруюча артеріопатія: () тромбофлебіт; () гіпотонія

() високій кров'яний тиск (вказіть найвищий артеріальний тиск..... у мм рт.ст.)

() інсульт (вказати, коли):() інші:.....

--захворювання органів дихання: () астма () емфізема; () бронхіт кр.; () --

туберкульоз (вказіть, якщо ви проходили лікування).....

() інші:.....

--захворювання органів травлення: () гастрит/виразка гастродуоденальної кишки:

() інші:

захворювання печінки: () стеатоз печінки; () хронічний гепатит; () цирроз:

() інші:

-- захворювання нирок: () ниркова недостатність (вказіть, чи є у вас гемодіаліз).....

--цукровий діабет: () лікування інсуліном; () лікування пероральними протидіабетичними засобами

-- ендокринні захворювання: () гіпотиреоз; () гіпертиреоз; () інші:

--ревматичні захворювання: () ревматоїдний артрит; () колагеноз; () інші:

-- захворювання скелета: () остеопороз; () інші:

-- неврологічні захворювання: () епілесія; () інші:

-- психічні захворювання: () депресія; () шизофренія; () інші:

-- нервово-вегетативні прояви: () панічні атаки

-- гематологічні захворювання: () анемія; () таласемія; () гострий лейкоз; ()

хронічний лейкоз; () гемофілія; () тромбоцитопенія; () хвороба Віллебранда;

() інші:.....

-- інфекційні захворювання: () вірусний гепатит () В, () С, () D; () ВІЛ; () інші:

-- новоутворення:.....

-- інші захворювання:.....

Раніше ви перенесли операцію? () да () ні

Якщо так, будь ласка, вкажіть, які втручання:.....

Якщо так, вкажіть тип анестезії: () місцево-регіональний; () заспокійливий;

() загальний; () інше:

Якщо так, будь ласка, вкажіть, чи траплялися інциденти під час або після операції ()

ні () так (будь ласка, вкажіть що саме):

Вам зробили переливання крові/похідних: () да () ні

Чи проходили ви лікування зубів? () да () ні



Да я проходил (ла) лікування зубів () без анестезії, () з місцевою анестезією, () з місцевою анестезією та інгаляційною седацією, () з місцевою анестезією та внутрішньовенною седацією, () із загальною анестезією.

Чи були якісь нещасні випадки/інциденти чи ускладнення під час використання анестетиків під час попередніх стоматологічних процедур? () да () ні

-- були: () непритомність, () нудота, () алергія, () інші.....

Ви є чи були споживачем:

-- тютюна?: () да () ні (вказіть, кількість та скільки часу ви курили чи курити):

-- алкоголь?: () да () ні (вказіть, кількість і як довго ви пили):.....

() Чи були у вас проблеми, коли ви кинули пити?.....

- наркотики?: () да () ні (вказіть, який препарат/наркотики ви вживаєте):.....

Я підтверджую, що прочитав і повністю зрозумів вищезазначене, і заявляю, що дані, надані мною в цій анкеті, є реальними та повними. Я беру на себе повну відповідальність за будь-які інциденти або ускладнення, які можуть виникнути у випадку, якщо ці дані є неправдивими або неповними.

Дата заповнення:

.....

Підпис декларанта²

.....

² У випадку законного представника/родича ім'я та прізвище будуть заповнені чітко, а також якісне ставлення до пацієнта.

Нижчепідписаний Віктор Григорчук авторизований перекладач української мови на підставі повноваження №2584 від 6 грудня 1999р., виданого Міністерством Юстиції Румунії, посвідчую точність перекладу зробленого з румунської на українську мову.



CHESTIONAR DE EVALUARE A STĂRII GENERALE

Subsemnatul (a) _____
domiciliat (ă) în _____
legitimat (ă) cu B.I./C.I. seria _____ nr. _____, în calitate de:
1. Pacient (ă) prezentat (ă) _____
2. Reprezentant legal al _____ în vârstă
de _____ prezentat (ă) _____
3. Aparținător (soț/soție, frate/soră, _____) al pacientului (ei)
prezentat (ă) _____, declar următoarele
date:

Sunteți/este posibil să fiți gravidă¹? da nu

Dacă sunteți gravidă, precizați ce vârstă are sarcina (în săptămâni) _____

Sunteți în perioada ciclului menstrual¹? da nu

Suferiți de alergii sau intoleranțe medicamentoase sau nemedicamentoase? da nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați la ce anume: _____

Urmați un anumit tratament (medicamentos, homeopatic, fitoterapic etc.)? da nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați medicamentul/produsul și doza administrată: _____

Ați urmat tratament cu antibiotice în ultimele două săptămâni? da nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați medicamentul și doza: _____

Urmați tratament cu anticoagulante? da nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați:

a) medicamentul și doza administrată: _____

b) valoarea INR: _____

Urmați tratament cu: Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Zometa, Aclasta (bifosonați)? da nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați:

a) medicamentul și doza administrată: _____

b) calea de administrare: intravenoasă; orală.

c) de cât timp urmați acest tratament (luni/ani) _____

d) valoarea β cross-laps: _____

Suferiți sau ați suferit de vreo boală acută sau cronică? da nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați ce boală (i):

- boli congenitale: _____

- boli profesionale: _____

- boli de inimă: angină pectorală; infarct miocardic (precizați când: _____)

aritmii (fibrilație etc.) blocuri insuficiență cardiacă (precizați clasa NYHA _____)

valvulopatii (precizați care: _____) endocardită infecțioasă;

intervenții chirurgicale cardiace (precizați _____)

altele: _____

¹Vor completa doar persoanele de sex feminin aflate la vârsta fertilă (14-55 de ani).

- boli vasculare: arteriopatie obliterantă; tromboflebită; hipotensiune arterială
- hipertensiune arterială (precizați cea mai mare valoare tensională avută _____ mmHg)
- accident vascular cerebral (precizați când: _____); altele: _____
- boli ale aparatului respirator: astm bronșic; emfizem; bronșită cr.; TBC (precizați dacă ați urmat tratament _____); altele: _____
- boli digestive: gastrite/ulcer gastro-duodenal; altele: _____
- boli hepatice: steatoză hepatică; hepatită cronică; ciroză; altele: _____
- boli renale: insuficiență renală (precizați dacă urmați hemodializă _____)
- diabet: tratament cu insulină; tratament cu antidiabetice orale
- boli endocrine: hipotiroidie; hipertiroidie; altele: _____
- boli reumatismale: poliartrită reumatoidă; colagenoze; altele: _____
- boli scheletale: osteoporoză; altele: _____
- boli neurologice: epilepsie; altele: _____
- boli psihice: depresie; schizofrenie; altele: _____
- manifestări neuro-vegetative: atacuri de panică
- boli hematologice: anemie; talasemie; leucemie acută; leucemie cronică;
- hemofilie; trombocitopenie; boala von Willebrand; altele: _____
- boli infecțioase: hepatită virală B, C, D; HIV; altele: _____
- neoplasme: _____
- alte boli: _____

Ați mai fost supus(ă) unor intervenții chirurgicale? da nu

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați ce intervenție(i): _____

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați tipul de anestezie: loco-regională; sedare;

generală; altul: _____

Dacă răspunsul este afirmativ, precizați dacă în timpul sau după intervenția chirurgicală au apărut incidente nu da (precizați ce anume): _____

Ați primit transfuzii de sânge/derivate: da nu

Vi s-au mai efectuat tratamente stomatologice? da nu

- mi s-au realizat tratamente stomatologice fără anestezie, cu anestezie locală,
- cu anestezie locală și sedare inhalatorie, cu anestezie locală și sedare intravenoasă,
- cu anestezie generală.

La tratamentele stomatologice anterioare au apărut accidente/incidente sau complicații la utilizarea anesteziilor? da nu

- au apărut: leșin, greață, alergii, altele _____

Sunteți/ați fost consumator de:

- tutun?: nu da (precizați ce cantitate și cât timp ați fumat/fumați): _____

- alcool?: nu; da (precizați ce cantitate și cât timp ați consumat/consumați alcool): _____

ați avut problema atunci când nu ați mai consumat alcool? _____

- droguri?: nu da (precizați ce drog/droguri utilizați): _____

Certific că am citit și înțeles pe deplin cele de mai sus și declar că datele furnizate de mine în acest chestionar sunt reale și complete. Îmi asum întreaga responsabilitate pentru incidente sau complicații ce pot să apară în eventualitatea că aceste date sunt false sau incomplete.

Data completării:

Semnătura declarant²

²În cazul reprezentantului legal/aparținătorului se va completa numele și prenumele în clar, precum și calitatea față de pacient.

**Згода пацієнта
щодо сповіщення персональних медичних даних**

Я, нижчепідписаний.....

(прізвище та ім'я пацієнта)

персональний цифровий код погоджуюсь з тим, щоб інформація про мій стан здоров'я та мої медичні дані були би повідомлені нижчепереліченим особам, це моє бажання, яке я висловлюю, у повному обізнанні з фактами..

Я, нижчепідписаний,

(прізвище та ім'я законного представника)

персональний цифровий код у якості законного представника пацієнта *

(прізвище та ім'я пацієнта)

погоджуюсь з тим, щоб інформація про стан його здоров'я та його медичні дані бути б доведені до перелічених нижче осіб, це є моє бажання, яке я висловлюю у повному обізнанні з фактами

Ім'я та прізвище особи/осіб, зазначених пацієнтом/законним представником	Якість особи (ступінь спорідненості/іншого споріднення)
1.	
2.	
X..... Дата , / (підпис пацієнта/законного представника, який погоджується щодо сповіщення персональних медичних даних представляемого пацієнта)	

Я відкликав доступ до конфіденційних даних щодо мого стану здоров'я пану / пані

.....

X..... Дата / /

(підпис пацієнта/законного представника про відмову від згоди про сповіщення медичних даних)

- Заповнюється у випадку неповнолітніх або дорослих без розсудливості, а також у випадку дорослих з тимчасовою втратою працездатності.

Нижчепідписаний Віктор Григорчук авторизований перекладач української мови на підставі повноваження №2584 від 6 грудня 1999р., виданого Міністерством Юстиції Румунії, посвідчую точність перекладу зробленого з румунської на українську мову.



Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele pacientului)

cod numeric personal _____, îmi exprim acordul ca informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele reprezentantului legal)

cod numeric personal _____, în calitate de reprezentant legal al pacientului* _____
(numele și prenumele pacientului)

îmi exprim acordul ca informațiile despre starea acestuia de sănătate și datele sale medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Numele și prenumele persoanei/persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)
1.	
2.	
...	
<p>X _____ Data _____</p> <p>(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat)</p>	

<p>Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>X _____ Data _____</p> <p>(semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)</p>
--

* Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu.

**Згода пацієнта
на відеозйомку / фотозйомку всередині лікарні**

Я, нижче підписаний,
(ім'я та прізвище пацієнта)

персональний цифровий код погоджуюсь на
зйомку/фотографування усередині медчастини для цілей, що включають
медичні, це моє бажання, яке я висловлюю у повному обізнанні з фактами

X.....	Дата /
(підпис пацієнта, що виражає згоду на зйомку / фотозйомку)	

Нижче підписаний,
лікар, під опікою якого перебуває пацієнт, я згоден, щоб його
знімали/фотографували усередині медчастини, цей факт не може зашкодити
пацієнту.

X.....	Дата /
(підпис лікаря, який доглядає за хворим)	

Нижче підписаний Віктор Григорчук авторизований перекладач української мови на підставі повноваження №2584 від 6 грудня 1999р., виданого Міністерством Юстиції Румунії, посвідчую точність перекладу зробленого з румунської на українську мову.



**Acordul pacientului
privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare**

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele pacientului)

cod numeric personal _____, 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.

<input type="checkbox"/>	Data _____/_____/_____
(semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru filmare/fotografiere)	

Subsemnatul, _____

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.

<input type="checkbox"/>	Data _____/_____/_____
(semnătura medicului care îngrijește pacientul)	

Запит про надання особистих медичних документів

Куда
(назва медичного закладу)

Я, нижчепідписаний,.....
(прізвище та ім'я пацієнта)

персональний цифровий код..... прошу вас надати мені
копію наступних медичних документів про стан мого здоров'я та про проведені
медичні заходи/процедури :

Я, нижчепідписаний,.....
(прізвище та ім'я законного представника)

персональний цифровий код.....у якості законного представника
пацієнта *,.....
(прізвище та ім'я пацієнта)

Цим запитом прошу надати мені копію наступних медичних документів, що
стосуються його здоров'я та проведених медичних заходів/процедур :

.....
* у випадку неповнолітніх, дорослих без розбірливості та дорослих з тимчасовою втратою
працездатності.

Я, нижчепідписаний,.....
(прізвище та ім'я довіреної особи)

персональний цифровий код.....у якості представника
пацієнта *.....
(прізвище та ім'я пацієнта)

Цим запитом прошу надати мені копію наступних медичних документів, що
стосуються його здоров'я та проведених медичних заходів/процедур

.....:

* Згода пацієнта на передачу медичних даних додається.

Медичні документи, копію яких вимагали
1
2
3
4
5
.....
X Дата
(підпис особи яка вимагала медичні документи)

Нижчепідписаний Віктор Григорчук авторизований перекладач української мови на
підставі повноваження №2584 від 6 грудня 1999р., виданого Міністерством Юстиції
Румунії, посвідчую точність перекладу з румунської на українську мову.



Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale

Către _____
(denumirea instituției medicale)

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele pacientului)

cod numeric personal _____, vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea de sănătate și la actele medicale efectuate:

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele reprezentantului legal)

cod numeric personal _____, în calitate de reprezentant legal al pacientului* _____
(numele și prenumele pacientului)

vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

* În cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu.

Subsemnatul, _____
(numele și prenumele împuternicitului)

cod numeric personal _____, în calitate de împuternicit al pacientului* _____
(numele și prenumele pacientului)

vă solicit prin prezenta să îmi furnizați, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea sa de sănătate și la actele medicale efectuate:

* Se anexează acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale.

Documente medicale solicitate în copie:
1.
2.
3.
4.
5.
...
X Data ____/____/____ (semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale)

Наказ МОЗ № 482/2007 | Metodologični normi zastosuvannya TXVI L95 / 2006 □
Додаток 1 – Згода інформованого пацієнта

ДОДАТОК № 1

(додаток № 1 до методичних правил)

Форма надання згоди інформованого пацієнта

ЗГОДА ІНФОРМОВАННОГО ПАЦІЄНТА

1. Дані пацієнта	Прізвище та Ім'я:		
	Місце проживання/перебування:		
2. Законний представник пацієнта *	Прізвище та Ім'я:		
	Місце проживання/перебування:		
	Якість:		
3. Медичний акт (опис)			
4. Про медичний акт пацієнту надано наступну інформацію:	ДА	НІ	
Дані про здоров'я			
Діагноз			
Прогноз			
Сутність і мета пропонованого медичного акта			
Запропоновані заходи та терапевтична стратегія			
Переваги та наслідки медичного акту, наполягаючи на наступному:			
Потенційні ризики медичного акту, наполягаючи на наступному:			



Життєздатні альтернативи лікування та їх ризики, наполягаючи на наступному:		
Ризики невиконання лікування		
Ризики невиконання медичних рекомендацій		

* Застосовується щодо неповнолітніх та повнолітніх без розуміння (для ст. 8 абзаців (3) - (5) методичних норм)

5. Згода пацієнта на збирання, зберігання та використання органічної продукції	Пацієнт погоджується на збір, зберігання та використання органічних /біологічних продуктів		
6. Інша інформація, яка була надана пацієнту			
Інформація про доступні медичні послуги			
Інформація про особу та професійний статус персоналу, який буде лікувати *			
Інформація про правила/практики в медичній установі, яких необхідно дотримуватися			
Пацієнту повідомили, що він має право на повторний медичний висновок			
7. Пацієнт бажає, бути поінформованим далі про стан свого здоров'я			

* Ідентифікований в таблиці медичного персоналу, який надає медичну допомогу хворому.

I) Нижчепідписаний, _____, заявляю, що я розумів
(прізвище та ім'я пацієнта/законного представника)

всю інформацію надану _____,
(прізвище та ім'я лікаря/медичної сестри)

яка наведена вище, я надав лікарю/медсестрі лише правдиву інформацію та висловлюю інформовану згоду на виконання медичної дії/акту.

X..... Дата....., година.....
Підпис інформованого пацієнта/законного представника, який дає згоду на медичний акт

II) Нижчепідписаний пацієнт/ законний представник, _____
(прізвище та ім'я пацієнта/законного представника)

заявляю, що я розумів всю інформацію надану _____
(прізвище та ім'я лікаря/медичної сестри)



ДОДАТОК № 2

(додаток № 2 до методичних норм)

Форма письмового звіту про невідкладну медичну допомогу

ЗВІТ

про невідкладну медичну допомогу

Медична бригада (лікарі/медсестри)	Прізвище та Ім'я:	Професійний статус
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
Дата та час звіту:		
Прізвище пацієнта, адреса / місце проживання/перебування (якщо відомо):		
Стан хворого потребував невідкладного медичного втручання. За станом здоров'я на момент прийняття терапевтичного рішення пацієнт не мав на той момент розсудливості та не міг висловити свою волю, відповідно згоду на медичне втручання. Невеликий термін не дозволив отримати згоду від законних представників / близьких родичів / органу опіки та піклування. Будь-яке зволікання з наданням медичної допомоги та проведенням втручання могло б загрожувати необоротній загрози:		
<input type="checkbox"/> Стан здоров'я пацієнта <input type="checkbox"/> Життя пацієнта		
Обставини. Стан пацієнта (короткий опис, який показує невідкладну допомогу пацієнта, його медичний стан та відсутність розпізнавання):		
Проведений медичний акт:		
Підписи членів бригади, яка виконувала медичний акт:	1.	
	2.	



яка перерахована вище, що наслідки відмови від медичного акту мені роз'яснено і я висловлюю свою відмову від виконання медичного акту.

X..... Дата....., година.....
Підпис пацієнта/законного представника, який відмовляється від виконання медичного акту

Список медичного персонала, який доглядає за пацієнтом..... (ім'я та прізвище пацієнта)		
№ пп	Прізвище та Ім'я:	Професійний статус
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



	3.
	4.

Нижчепідписаний Віктор Григорчук авторизований перекладач української мови на підставі повноваження №2584 від 6 грудня 1999р., виданого Міністерством Юстиції Румунії, посвідчую точність перекладу зробленого з румунської на українську мову.



ANEXA Nr. 1
(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:	
	Calitatea:	
3. Actul medical (descriere)		
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		

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

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			

*Identificat în tabelul cu personalul medical care acordă îngrijiri de sănătate pacientului.

I) Subsemnatul, _____, declar că am înțeles
(numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal)

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.		
...		

ANEXA Nr. 2
(Anexa nr. 2 la normele metodologice)

Formular de raport scris privind asistența medicală acordată în situații de urgență

RAPORT
privind asistența medicală acordată în situații de urgență

Echipa medicală (medici/asistenți medicali)	Numele și prenumele	Statutul profesional
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	...	
Data și ora încheierii raportului:		
Numele pacientului, domiciliul/ reședința (dacă sunt cunoscute):		
<p>Situația pacientului a necesitat intervenția medicală de urgență. Din cauza stării sale de sănătate la momentul stabilirii deciziei terapeutice, pacientul nu avea, în acel moment, discernământ și nu își putea exprima voința, respectiv acordul pentru intervenția medicală. Timpul scurt nu a permis obținerea acordului pentru intervenție de la reprezentanți legali/rude apropiate/autoritatea tutelară. Orice întârziere în acordarea de îngrijiri medicale și în realizarea intervenției ar fi pus în pericol, în mod ireversibil:</p>		
<input type="checkbox"/> Starea de sănătate a pacientului <input type="checkbox"/> Viața pacientului		
Împrejurările. Starea pacientului (scurtă descriere, din care reies situația de urgență, condiția medicală și lipsa de discernământ a pacientului):		
Actul medical efectuat:		
Semnăturile membrilor echipei care a efectuat actul medical:	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	...	