

FURNIZOR

Adresa

Telefon/Fax

I. FIȘĂ DE EVIDENȚĂ
a materialelor sanitare utilizate

Numele și prenumele pacientului:

Nr. crt.	Materiale sanitare utilizate	Data

Confirm că materialele sanitare utilizate în îngrijirile medicale acordate sunt de unică folosință și că au fost respectate normele de igienă și asepsie.

Asistent medical,
.....
Semnătură și parafă
.....

Semnătură pacient
.....

FURNIZOR

Adresa

Telefon/Fax

II. FIȘĂ DE ÎNGRIJIRI MEDICALE

Nr.

Numele și prenumele					
CNP					
Adresa					
Ocupația					
Data			Ora		
Modalitate de prezentare: <input type="checkbox"/> cu bilet de trimitere <input type="checkbox"/> proprie inițiativă					
Medicul care trimite:			Medic de familie:		
Diagnostic medical:					
Alergii: <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> DA La:					
Tratamente în curs:					
Medicație	Frecvență	Ultima doză - ora	Medicație	Frecvență	Ultima doză - ora
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		
Istoricul pacientului/familiei					
Istoricul pacientului (afecțiuni majore, operații majore, răniri grave), inclusiv sarcini					
1.			3.		
2.			4.		
Stil de viață					
<input type="checkbox"/> Fumător /zi <input type="checkbox"/> Alcool /zi D Greutate <input type="checkbox"/> Exerciții fizice periodice <input type="checkbox"/> Obiceiuri alimentare <input type="checkbox"/> nr. ore de somn/noapte <input type="checkbox"/> Consum zilnic de fructe, legume					
Istoricul familiei: <input type="checkbox"/> Afecțiuni cardiace <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Astm bronșic <input type="checkbox"/> Tuberculoză <input type="checkbox"/> Diabet					
<input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Afecțiuni renale <input type="checkbox"/> Alergii <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Boli ale sângelui <input type="checkbox"/> Boli psihice <input type="checkbox"/> Altele					

Asistent medical,
.....
Semnătură și parafă
.....

Semnătură pacient
.....

IV. FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

Subsemnatul,, domiciliat în, legitimat cu B.I/C.I. seria nr.
. . ., în calitate de:

1. pacient;

2. reprezentant legal al pacientului (în cazul în care pacientul este în incapacitate de a decide, nu are discernământ), m-am prezentat liber de orice constrângere și am solicitat furnizarea următoarelor servicii de îngrijire medicală:

.;

.;

.;

.

Mi s-au adus la cunoștință de către asistentul medical prin explicații suficiente, într-un limbaj clar, respectuos și pe înțelesul meu, următoarele:

- tehnicile și/sau manevrele de îngrijire și/sau tratament ce se vor efectua;
- natura, scopul și beneficiile intervențiilor medicale;
- riscurile și consecințele refuzării sau întreruperii intervenției medicale;
- riscurile în general acceptate ale metodelor de îngrijire și tratament.

Am cunoștință că am dreptul să refuz sau să opresc o intervenție medicală asumându-mi răspunderea pentru decizia mea. Consimt ca personalul medical al cabinetului de îngrijire medicală să efectueze toate tehnicile și/sau manevrele de îngrijire și/sau tratament necesare în vederea furnizării serviciului medical de îngrijire solicitat, în contextul legal al unei practici medicale corecte, cu excepția celor în legătură cu care, în mod expres, îmi exprim dezacordul.

În cazul în care în timpul intervenției medicale apar situații și condiții neprevăzute, care impun proceduri suplimentare față de cele descrise mai sus ca fiind acceptate de către mine, accept ca personalul medical să acționeze în baza pregătirii sale profesionale, în consecință, doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale și numai în interesul meu personal și înspre binele meu.

Am luat cunoștință că datele personale sunt păstrate în registrul de evidență al cabinetului, sunt arhivate și sunt utilizate la întocmirea raportărilor statistice către instituțiile abilitate; aceste date sunt confidențiale și nu vor fi furnizate în alte scopuri, fără avizul meu.

În consecință și în condițiile precizate, îmi dau liber și în cunoștință de cauză consimțământul la intervențiile medicale solicitate.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și, ca urmare, le semnez.

Data

Semnătura pacientului/ Reprezentantului legal	Asistent medical, Semnătura și parafa
--	--

Facultativ:

Subsemnatul,, legitimat cu BI/CI seria nr., eliberat de, la data de, CNP, în calitate de martor, confirm că prezentul formular de consimțământ a fost completat în prezența mea și a fost semnat de pacient fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

FURNIZOR

Adresa

Telefon/Fax

V. INFORMARE
asupra îngrijirilor medicale furnizate

Domnule/Doamnă Dr., vă informăm că pacientul(a) dumneavoastră
CNP, s-a adresat cabinetului de îngrijiri medicale independent, la recomandarea/din
proprie inițiativă, pentru furnizarea următoarelor servicii de îngrijiri medicale:

-
-
-

Perioada de îngrijire a fost de: zile.

Evoluția pacientului în urma serviciilor de îngrijiri primite:

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

Calea de transmitere: - prin pacient prin poștă

Data

Asistent medical,
.....
Semnătură și parafă
.....

