

**Notă**

Textul reprezintă o reproducere neoficială a actului normativ și are caracter informativ.  
Pentru varianta oficială vă rugăm să consultați Monitorul Oficial.

**Decizie nr. 15/2016**

privind elementele acordului pacientului informat

Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 1040 din 23.12.2016

În temeiul art. 534 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere prevederile art. 660 din același act normativ,

Consiliul național al Colegiului Medicilor Dentiști din România adoptă următoarea decizie:

**Art. 1.** - Pentru a supune pacientul la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru acesta, medicul dentist va solicita acordul scris, în condițiile legii.

**Art. 2.** - Acordul scris al pacientului, necesar potrivit art. 660 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, trebuie să conțină în mod obligatoriu cel puțin următoarele elemente:

- a) numele, prenumele și domiciliul sau, după caz, reședința pacientului;
- b) actul medical la care urmează a fi supus;
- c) descrierea, pe scurt, a informațiilor ce i-au fost furnizate de către medicul dentist;
- d) acordul exprimat fără echivoc pentru efectuarea actului medical;
- e) semnătura și data exprimării acordului.

**Art. 3.** - Elementele acordului pacientului informat sunt prevăzute în modelul recomandat din anexa care face parte integrantă din prezenta decizie.

**Art. 4.** - Acordul scris constituie anexă la documentația de evidență primară.

**Art. 5.** - La data intrării în vigoare a prezentei decizii se abrogă Decizia Consiliului național al Colegiului Medicilor Dentiști din România nr. 2/2013, nepublicată în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**Art. 6.** - Prezenta decizie se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Colegiului Medicilor Dentiști din România,  
Ecaterina IONESCU

București, 19 noiembrie 2016.

Nr. 15.

## Acordul pacientului informat

1. Date pacient		
1.1. Nume și prenume:		
1.2. Domiciliu/reședință:		
2. Reprezentantul legal al pacientului*		
*Se utilizează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ.		
2.1. Nume și prenume:		
2.2. Domiciliu/reședință:		
2.3. Calitate:		
3. Actul medical (descriere)		
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătura cu actul medical:		
	Da	Nu
4.1. Date despre starea de sănătate		
4.2. Diagnostic		
4.3. Prognostic		
4.4. Natura și scopul actului medical propus		
4.5. Intervențiile și strategia terapeutică propuse		
4.6. Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
4.7. Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
4.8. Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:		
4.9. Riscurile neefectuării tratamentului		
4.10. Riscurile nerespectării recomandărilor medicale		
5. Consimțământ pentru recoltare		
5.1. Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice	Da	Nu

6. Alte informații care au fost furnizate pacientului		
	Da	Nu
6.1. Informații despre serviciile medicale disponibile		
6.2. Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata* *Identificat în tabelul cu personalul medical care acordă îngrijiri de sănătate pacientului		
6.3. Informații despre regulile/practicile din unitatea medicală, pe care trebuie să le respecte		
6.4. 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		
	Da	Nu

**I) ACCEPT EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL**

I) Subsemnatul/(a) \_\_\_\_\_ \* declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_ \*\*, mai sus-enumerate, că am prezentat medicului dentist doar informații adevărate și că îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

\* Numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal.

\*\* Numele și prenumele medicului dentist care a informat pacientul.

..... (Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical )	Data: .....	Ora: .....
---	-------------	------------

**II) REFUZ EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL**

II) Subsemnatul/(a) \_\_\_\_\_ \* declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_ \*\*, mai sus-enumerate, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și că îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

\* Numele și prenumele pacientului/reprezentantului legal.

\*\* Numele și prenumele medicului dentist care a informat pacientul.

..... (Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului medical )	Data: .....	Ora: .....
---	-------------	------------

**Tabel cu personalul medical**

care acordă îngrijiri de sănătate d-nei/d-rei/d-lui .....

Nr. crt.	Nume și prenume	Profesie	Grad profesional/specialitate
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
...			