

DECIZIE 15/2016	<i>Vigoare</i>
Emitent: Ministerul Privatizarii Domenii: Sanatate	M.O. 1040/2016
Decizie privind elementele acordului pacientului informat.	

M.Of.Nr.1040 din 23 decembrie 2016
Colegiul Medicilor Dentisti din Romania

DECIZIE Nr. 15

privind elementele acordului pacientului informat

In temeiul art. 534 din Legea [nr. 95/2006](#) privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, avand in vedere prevederile art. 660 din acelasi act normativ,

Consiliul national al Colegiului Medicilor Dentisti din Romania adopta urmatoarea decizie:

Art. 1. - Pentru a supune pacientul la metode de preventie, diagnostic si tratament, cu potential de risc pentru acesta, medicul dentist va solicita acordul scris, in conditiile legii.

Art. 2. - Acordul scris al pacientului, necesar potrivit art. 660 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, trebuie sa contina in mod obligatoriu cel putin urmatoarele elemente:

- a) numele, prenumele si domiciliul sau, dupa caz, resedinta pacientului;
- b) actul medical la care urmeaza a fi supus;
- c) descrierea, pe scurt, a informatiilor ce i-au fost furnizate de catre medicul dentist;
- d) acordul exprimat fara echivoc pentru efectuarea actului medical;
- e) semnatura si data exprimarii acordului.

Art. 3. - Elementele acordului pacientului informat sunt prevazute in modelul recomandat din anexa care face parte integranta din prezenta decizie.

Art. 4. - Acordul scris constituie anexa la documentatia de evidenta primara.

Art. 5. - La data intrarii in vigoare a prezentei decizii se abroga Decizia Consiliului national al Colegiului Medicilor Dentisti din Romania nr. 2/2013, nepublicata in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Art. 6. - Prezenta decizie se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Presedintele Colegiului Medicilor
Dentisti din Romania,
Ecaterina Ionescu

Bucuresti, 19 noiembrie 2016.
Nr. 15.

ANEXA

Acordul pacientului informat

1. Date pacient		
1.1. Nume si prenume:		
1.2. Domiciliu/resedinta:		
2. Reprezentantul legal al pacientului* *Se utilizeaza in cazul minorilor sau al majorilor fara discernamant.		
2.1. Nume si prenume:		
2.2. Domiciliu/resedinta:		
2.3. Calitate:		
3. Actul medical (descriere)		
4. Au fost furnizate pacientului urmatoarele informatii in legatura cu actul medical:		
	Da	Nu
4.1. Date despre starea de sanatate		
4.2. Diagnostic		
4.3. Prognostic		
4.4. Natura si scopul actului medical propus		
4.5. Interventiile si strategia terapeutica propuse		
4.6. Beneficiile si consecintele actului medical, insistandu-se asupra urmatoarelor:		
4.7. Riscurile potentiale ale actului medical, insistandu-se asupra urmatoarelor:		
4.8. Alternative viabile de tratament si riscurile acestora, insistandu-se asupra urmatoarelor:		
4.9. Riscurile neefectuării tratamentului		
4.10. Riscurile nerespectării recomandarilor medicale		

5. Consimtamant pentru recoltare		
5.1. Pacientul este de acord cu recoltarea, pastrarea si folosirea produselor biologice	Da	Nu
6. Alte informatii care au fost furnizate pacientului		
	Da	Nu
6.1. Informatii despre serviciile medicale disponibile		
6.2. Informatii despre identitatea si statutul profesional al personalului care il va trata* *Identificat in tabelul cu personalul medical care acorda ingrijiri de sanatate pacientului.		
6.3. Informatii despre regulile/practicile din unitatea medicala, pe care trebuie sa le respecte		
6.4. Pacientul a fost incunostintat ca are dreptul la o a doua opinie medicala		
7. Pacientul doreste sa fie informat in continuare despre starea sa de sanatate	Da	Nu

I. ACCEPT EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL.		
Subsemnatul(a),*, declar ca am inteles toate informatiile furnizate de catre**, mai sus-enumerate, ca am prezentat medicului dentist doar informatii adevarate si ca imi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.		
* Numele si prenumele pacientului/reprezentantului legal. ** Numele si prenumele medicului dentist care a informat pacientul.		
. (Semnatura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical)	Data:	Ora:

II. REFUZ EFECTUAREA ACTULUI MEDICAL.		
Subsemnatul(a),*, declar ca am inteles toate informatiile furnizate de catre**, mai sus-enumerate, ca mi s-au explicat consecintele refuzului actului medical si ca imi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.		
* Numele si prenumele pacientului/reprezentantului legal. ** Numele si prenumele medicului dentist care a informat pacientul.		
. (Semnatura pacientului/reprezentantului legal care refuza efectuarea actului medical)	Data:	Ora:

**Tabel cu personalul medical
care acorda ingrijiri de sanatate dnei/drei/dlui**

Nr. crt.	Numele si prenumele	Profesia	Gradul profesional/specialitatea
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
.. .			