

**FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT ÎN VEDEREA TRATAMENTULUI /  
OPERAȚIEI**

**Subsemnatul** \_\_\_\_\_ domiciliat în \_\_\_\_\_  
legitimat cu B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ în  
calitate de:

**1 .pacient internat în secția** \_\_\_\_\_ a spitalului \_\_\_\_\_  
**2.reprezentant legal al copilului** \_\_\_\_\_ în vârstă de \_\_\_\_\_ ani  
**3 .apartinător** (soț, soție, frate, soră, fiu - în cazul în care pacientul este în incapacitatea  
de a decide) al  
pacientului \_\_\_\_\_ internat în secția \_\_\_\_\_ consimt să  
urmez operatia / tratamentul urmator \_\_\_\_\_

Natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării/neefectuării acestei operații/tratament,  
precum și a celorlalte operațiuni terapeutice, mi-au fost explicate pe înțelesul meu de  
către Dr. \_\_\_\_\_

Mi s-au prezentat riscurile asociate precum și riscurile imprevizibile (inclusiv riscul  
oricât de mic de deces) consecințele pe care le presupune tratamentul/intervenția, cât și  
riscurile pe care le impun investigațiile speciale ce fac parte din operația/tratamentul pe  
care urmează să îl efectuez. Declar că sunt conștient de aceste riscuri și le accept, întrucât  
scopul intervenției/tratamentului este spre binele meu. Ca urmare, înțeleg necesitatea  
acestei operații/tratament pe care doresc să îl efectuez și recunosc ca nu mi se poate da o  
garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final.

În cazul în care în timpul intervenției terapeutice apar situații și condiții neprevăzute, care  
impun proceduri suplimentare față de cele descrise mai sus ca fiind acceptate de către  
mine (inclusiv transfuzia), accept ca medicul desemnat să acționeze în baza pregătirii sale  
profesionale în consecință doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din motive  
medicale și nu numai în interesul meu personal și înspre binele meu, de la acest accept  
face excepție: \_\_\_\_\_

În scopul realizării operației, consimt de asemenea la administrarea anesteziei ce mi-a  
fost indicată

(generală/alt tip) \_\_\_\_\_

Riscurile actului anestezic mi-au fost explicate cu ocazia consultării mele de către  
Dr. \_\_\_\_\_

În consecință și în condițiile precizate, îmi dau liber și în cunoștință de cauză,  
consimțământul la operația/tratamentul prezentat.

În cazul în care medicii desemnați de către mine din motive obiective nu pot efectua  
operația sau tratamentul pentru care l-am dat consimțământul meu declar nula prezenta și  
înteleg și accept să semnez un alt consimțământ semnat de alt medic.

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

Semnătura pacientului/reprezentantului legal \_\_\_\_\_ ziua \_\_\_ luna \_\_\_ anul \_\_\_\_\_

Semnătura aparținător \_\_\_\_\_ ziua \_\_\_ luna \_\_\_ anul \_\_\_\_\_

**Am luat la cunoștință despre regulamentul de ordine interioară și sunt de acord să-l  
respect.**

**Am fost informat în privința drepturilor și obligațiilor ca pacient în acest spital.**

Semnătura pacientului/reprezentantului legal \_\_\_\_\_ ziua \_\_\_ luna \_\_\_ anul \_\_\_\_\_