

**ACORD INFORMAT LA INTERVENȚIE MEDICALĂ
PENTRU TESTAREA LA HIV-INECȚIE
Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii Nr.1**

Infecția cu HIV este o infecție produsă de virusul HIV, caracterizată printr-o evoluție de lungă durată în care se produce degradarea progresivă a imunității.

Infecția cu HIV poate fi transmisă în timpul travaliului de la mama infectată la făt, în timpul alimentației naturale prin laptele mamei infectate, transfuzii de sânge infectat cu virusul HIV.

Infecția HIV nu apare când dați mina, când folosiți ustensile obișnuite, obiecte de uz casnic, piscină, toaletă, transport.

Care este scopul testării anticorpilor împotriva HIV:

Stabilirea la timp a diagnosticului de infecție cu HIV pe baza detectării anticorpilor și a datelor din studiile ulterioare vă permite să începeți tratamentul necesar la timp și să luați măsuri pentru a reduce consecințele negative ale infecției cu HIV.

Eu, subsemnatul(a) (N.P.,vârsta)_____, părintele/reprezentantul legal al copilului (N.P.,vârsta) _____, prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) benevol pentru:

- procedura de **screening test la HIV-infecție**
- procedura de prelevarea sângelui pentru determinarea infecției HIV
- recoltarea repetată a sângelui în caz când proba de sânge este rebutată de laborator (hemoliză, cheag, etc.)

caracterul și scopul cărora mi-au fost explicate și recomandate de către medicul, _____

Eu am fost informat(ă) și am înțeles că această metodă este efectuată prin utilizarea seringii sterile, de unica folosință, vacutainerilor sterile de unica folosință, șervețelilor sterile cu alcool de 70°C, special destinate metodelor propuse de diagnostic. Procedura va fi efectuată la recomandarea medicului de către asistenta medicală, special pregătită și abilitată în acest domeniu.

Mie mi s-a explicat despre beneficiile acestei metode de diagnostic și despre consecințele nedorite ce pot apărea în momentul prelevării sângelui. Vor fi luate toate măsurile de preîntâmpinare care constau în supravegherea atentă a stării copilului de către personalul medical în procesul tratamentului, iar utilajul și medicamentele necesare pentru acordarea asistenței medicale de urgență sunt disponibile.

Eu am înțeles tot ce mi-a explicat medicul și am primit răspuns la toate întrebările mele.

Binevol îmi exprim consimțământul conștient pentru efectuarea procedurilor descrise.

Concomitent îmi asum responsabilitatea pentru orice încălcare a regulilor de comportament și neîndeplinirea recomandărilor primite.

Data_____ **Semnătura părintelui/(reprezentantului legal)** _____

Confirm că eu am explicat părintelui/(reprezentantului legal) caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurii descrise.

Data_____ **Semnătura medicului curant** _____