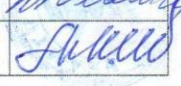


 Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - <u>48</u>	Revizia: - 0 Nr. de ex.: - Exemplar nr.: 1

 Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - <u>48</u>	Revizia: - 0 Nr. de ex.: - Exemplar nr.: 1

PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PRIVIND COMPLETAREA ACORDULUI INFORMAT

1. Lista responsabililor de elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr. crt.	Elemente privind responsabil/ operațiune	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
	1	2	3	4	
1.1.	Elaborat	Ludmila Muntean	Șef secție nr.3	30.09.21	
1.2.	Verificat	Irina Iavorschi	Șef serviciu managementul calității		
1.3	Vizat	Liuba Neamțu	Vicedirector medical		
1.4	Aprobat	Aliona Rotari	Director	11.11.21	



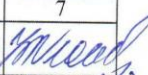
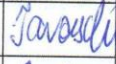
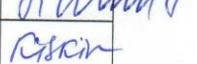
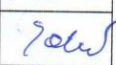
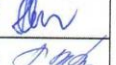
	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: - Exemplar nr.: 1

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - 48	Revizia: - 0 Nr. de ex.: - Exemplar nr.: 1

2 Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale.

Nr. crt.	Ediția/revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
	1	2	3	4
1.1	Ediția 1			
1.2	Revizia 1			

3 Lista persoanelor la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii operaționale.

Nr. crt.	Scopul difuzării	Exemplar nr. 1	Compartiment	Funcția	Nume și prenume	Data primirii	Semnătura
	1	2	3	4	5	6	7
3.1	Aplicare, informare	1	Președinte Consiliul Calității	Vicedirector medical	Neamțu Liuba	02.11.21	
3.2	Aplicare, informare	2	SMC serviciilor medicale	Șef serviciu	Iavorschi Irina		
3.3	Aplicare, informare	3	Secția UPU	Șef secție	Pahomi Tatiana		
3.4	Aplicare, informare	4	Secția nr1	Șef secție	Dochițan Tatiana		
3.5	Aplicare, informare	5	Secția n.2	Șef secție	Gangur Larisa		
3.6	Aplicare, informare	6	Secția nr.3	Șef secție	Munteanu Ludmila		
3.7	Aplicare, informare	7	Secția nr.4	Șef secție	Kiskin Nicolai		
3.8	Aplicare, informare	8	Secția nr.5	Șef secție	Galupa Lucia		
3.9	Aplicare, informare	9	Secția Diagnostic funcțional	Șef secție	Zotea Ana		
3.10	Aplicare, informare	10	Laborator	Șef secție	Medoni Tatiana		
3.11	Aplicare, informare	11	Serviciul juridic și resurse umane	Șef serviciu	Ceri Ana	05.11.21	
3.12	Aplicare, Informare,	12	Secretariat	Secretar/arhivar	Gurău Tatiana	05.11.21	

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: - Exemplar nr.: 1

4. Scopul procedurii.

Procedura stabilește modul de aplicare corectă a modalității de obținere a acordului scris al părintelui/reprezentant legal, pentru a fi supus la metode de diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, asistent medical și exprimarea prin semnătură a pacientului privind înțelegerea acestora.

5. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale.

Procedura se aplică în toate secțiile clinice din cadrul IMSP Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1

6. Documente de referință aplicabile procedurii operaționale:

6.1. Reglementări internaționale - neaplicabil

6.2. Reglementări naționale:

- Ordinul Ministerului Sănătății nr.265 din 03.08.2009 „Privind Instrucțiunea cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (Formular 003/e - 2012);
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.519 din 29.12.2008 „Cu privire la sistemul de audit medical intern”;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.139 din 03.03.2010 „Privind asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare”;
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.426 din 11.05.2012 „Privind aprobarea formularelor statistice de evidență medicală primară”.
- Legea nr. 1402 din 16.12.1997 cu privire la sănătatea mentală, art.5, lit.(b), art. 9.
- Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005
- Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995, art.23, 28
- Constituția Republicii Moldova, art.24, 51
- Legea nr.263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului
- Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală Nr.1585-XII din 27.02.1998
- Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 303 din 06.05.2010 cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat (MO nr. 108-109/382 din 29.06.2010)
- Ghid privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților, Chișinău 2019

6.3. Reglementări interne:

- Organigrama IMSP Spitalul Clinic Municipal de Copii nr. 1;
- Regulamentul intern;
- Circuitul documentelor.

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: - Exemplar nr.: 1

7. Definiții și prescurtări ale termenilor utilizați în procedură.

7.1 Definiții ale termenilor:

Nr. Crt.	Termenul	Definiția și/sau dacă este cazul, actul care definește termenul
7.1.1	Pacient	Persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate
7.1.2	Servicii medicale spitalicești	Forma de internare prin care se acordă asistența medicală curativă și de diagnostic pentru rezolvarea cazului respectiv
7.1.3	Acord informat (consimțământ)	Acord al pacientului, sub semnătură, sau când este cazul al tutorelui/reprezentant legal, necesar în toate cazurile pentru investigații sau act terapeutic
7.1.4	Reprezentant legal	Părinții sau, în lipsa acestora, tutorele pentru minori sau pe celelalte persoane lipsite de capacitate de exercițiu (discernământ)

7.2 Abrevieri ale termenilor:

Nr. Crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
7.2.1.	PO	Procedură operațională
7.2.2.	PS	Procedură de sistem (generală)
7.2.3.	E	Elaborare
7.2.4.	V	Verificare
7.2.5.	A	Aprobare
7.2.6.	Ap	Aplicare
7.2.7.	Arh	Arhivare
7.2.8.	REP	Registrul de evidență a procedurilor
7.2.9.	MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
7.2.10.	IMSP	Instituție medico-sanitară publică
7.2.11.	CC	Consiliul Calității

8 Descrierea procedurii

8.1. Generalități

Acordul informat scris constituie anexă la documentația medicală a pacientului și se anexează în fișa medicală de internare în secție.

Consimțământul informat reprezintă autorizarea de către pacient a unei intervenții medicale în cunoștință de cauză.

În obținerea acordului scris al pacientului medicul este obligat să prezinte pacientului informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia.

Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului.

Acordul scris al pacientului, trebuie să conțină în mod obligatoriu cel puțin următoarele elemente:

- numele, prenumele
- actul medical la care urmează a fi supus
- descrierea, pe scurt, a informațiilor ce i-au fost furnizate de către medic

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: -
			Exemplar nr.: 1

e) semnătura și data exprimării acordului

Decizia independentă se refera la dreptul pacientului de a lua o decizie liberă fără constrângeri sau manipulari. Acordarea consimțământului se poate realiza în două feluri: - explicit (oral, scris sau înregistrări video, cu martori din afara unității medicale); - implicit

Vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:

a) situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;

b) situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.

Acordul pacientului informat se obține practic prin semnarea de către pacient sau reprezentant legal (în cazul pacientului minor) al Formularului.

Părintele sau reprezentant legal al copilului are dreptul de a refuza semnarea Acordului informat. Consecințele refuzului trebuie explicate.

Excepțiile constituie situațiile de urgențe medicale.

- În cazul unui pacient minor, acordul scris se va obține de la părinte ori de la reprezentant legal sau de la ruda cea mai apropiată (până la al patrulea grad inclusiv)

8.2 Situații speciale:

- Părintele sau reprezentant legal al copilului care nu poate semna din cauza unei infirmități i se va solicita exprimarea verbală a consimțământului pentru actul medical, medicul/asistent medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat
- Părintele sau reprezentant legal al copilului care nu știe carte sau nu vede i se va citi cu voce tare textul acordului, va fi întrebat dacă acesta reprezintă voința sa, medicul urmând să facă mențiune în acest sens pe formularul de Acord informat

8.3 Structura acordului informat

Acordul informat include următoare componente pentru a fi valid:

1. Partea informativă – conține date generale cu privire la intervenție (procedură, scopul, importanța pentru pacient) și căile de tratament cu riscurile acestora și înțelegere lor de către pacient.

Pacientul trebuie să primească răspunsuri la toate întrebările. Informația trebuie oferită într-o formă accesibilă, propoziții scurte și limbaj non-medical.

2. Partea de avizare este completată de către pacient prin formulare de tipul ”Am citit și am înțeles informația cu privire la...” și semnare

În cadrul asistenței medicale, în relația cu același pacient, pot fi semnate mai multe acorduri informat:

- Acord informat la internare – unde sunt stipule drepturile și responsabilitățile pacientului, regimul instituției și alte condiții.
- Acordul informat standardizat pentru intervenție/procedură – care se descrie în detalii actul medical planificat de a fi realizat pacientului.
- Acordul informat pentru transfuzie

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: -
			Exemplar nr.: 1

Pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, asistent medical, pacientului i se solicită acordul scris.

Evidențe și înregistrări:

- Acordul informat al pacientului.
- Fișa de staționar.

9 Responsabilități și răspunderi în derularea activității:

Nr. crt.	Compartimentul (postul)/acțiunea (operațiunea)	Șef secție nr.3	SMC	Președintele CMC	Director	Angajații instituției	Secretariat
	1	2	3	4	5	6	7
1	Elaborare procedură	E					
2	Verificare procedură		V				
3	Avizare			A			
4	Aprobare				A		
5	Aplicare					Ap.	
6	Arhivare						Arh.

10. Anexe, înregistrări, arhivări.

Anexa nr.1

Acord informat la intervenție medicală

Anexa nr.3
la ordinul MS RM
nr. 303 din 06.05.2010

ACORD INFORMAT LA INTERVENȚIE MEDICALĂ

Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii Nr.1

Eu, subsemnatul(a) părintele/reprezentantul legal _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) benevol la următoarele proceduri de diagnostic/tratament după cum urmează: _____

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

Eu am fost informat(ă) și am înțeles că aceste metode sânt efectuate prin utilizarea dispozitivelor(aparaturilor) special destinate metodelor propuse de diagnostic/tratament. Procedurile vor fi efectuate la recomandarea medicului de către asistentele medicale, special pregătite și abilitate în acest domeniu. În cadrul efectuării procedurilor de tratament copilul va fi conectat la aparatul (dispozitivul) medical prin intermediul _____ și voi avea senzații _____ (vibrație, mici înțepături, căldură, caracteristice acestor forme de

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: -
			Exemplar nr.: 1

tratament). Mi s-a explicat despre beneficiile acestor metode de diagnostic și tratament, care nu posedă un grad absolut de eficacitate și despre consecințele nedorite ce pot duce în foarte rare cazuri la complicații grave imprevizibile. Vor fi luate toate măsurile de prevenție care constau în monitorizarea continuă a stării de sănătate a copilului de către personalul medical în procesul tratamentului, iar utilajul și medicamentele necesare pentru acordarea asistenței medicale de urgență sînt disponibile.

Îmi exprim benevol consimțământul conștient pentru prelucrarea datelor cu caracter personal și menționez, că am fost informat despre drepturile mele în calitate de subiect a datelor cu caracter personal privind starea de sănătate a copilului în conformitate cu prevederile Legii privind protecția datelor cu caracter personal nr. 133 din 08.07.2011

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

Îmi exprim benevol consimțământul conștient pentru efectuarea procedurilor de diagnostic/tratament 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 pacientului într-un limbaj accesibil caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor de diagnostic/tratament descrise.

Data _____ Semnătura medicului curant _____

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: - Exemplar nr.: 1

Anexa nr.2

**Acord informat
la intervenție
medicală UPU**

Anexa nr.5
la Standard de organizare, funcționare
și practică în cadrul UPU din cadrul IMSS

ACORD INFORMAT LA INTERVENȚIE MEDICALĂ

Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii Nr.1

Eu, subsemnatul(a) părintele/reprezentantul legal _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) benevol la următoarele proceduri de diagnostic/tratament după cum urmează: _____

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

Eu am fost informat(ă) și am înțeles că aceste metode sânt efectuate prin utilizarea dispozitivelor(aparatelor) special destinate metodelor propuse de diagnostic/tratament. Procedurile vor fi efectuate la recomandarea medicului de către asistentele medicale, special pregătite și abilitate în acest domeniu. În cadrul efectuării procedurilor de tratament copilul va fi conectat la aparatul (dispozitivul) medical prin interintermediul _____ și voi avea senzații _____ (*vibrație, mici înțepături, căldură, caracteristice acestor forme de tratament*). Mi s-a explicat despre beneficiile acestor metode de diagnostic și tratament, care nu posedă un grad absolut de eficacitate și despre consecințele nedorite ce pot duce în foarte rare cazuri la complicații grave imprevizibile Vor fi luate toate măsurile de prevenție care constau în monitorizarea continuă a stării de sănătate a copilului de către personalul medical în procesul tratamentului, iar utilajul și medicamentele necesare pentru acordarea asistenței medicale de urgență sânt disponibile.

Îmi exprim benevol consimțământul conștient pentru prelucrarea datelor cu caracter personal și menționez, că am fost informat despre drepturile mele în calitate de subiect a datelor cu caracter personal privind starea de sănătate a copilului în conformitate cu prevederile Legii privind protecția datelor cu caracter personal nr. 133 din 08.07.2011

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

Îmi exprim benevol consimțământul conștient pentru efectuarea procedurilor de diagnostic/tratament 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 pacientului într-un limbaj accesibil caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor de diagnostic/tratament descrise.

Data _____ Semnătura medicului din UPU _____

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: - Exemplar nr.: 1

Anexa nr.3

**Acord informat
pentru punția
lombară**

Anexa nr.2
la ordinul IMSP SCMC nr.1
nr. __ din ____

ACORD INFORMAT PENTRU PUNȚIA LOMBARĂ

Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii Nr.1

Eu, subsemnatul(a) părintele/reprezentantul legal _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) benevol la efectuarea punției lombare copilului

caracterul și scopul căruia mi-au fost explicate, recomandată și efectuată de către medicul, _____

Eu am fost informat(ă) și am înțeles că această metodă este efectuată prin utilizarea dispozitivelor(aparatelor) special destinate metodei propuse de diagnostic/tratament.

Mi s-a explicat despre indicațiile și consecințele acestei metode de diagnostic și tratament, care nu posedă un grad absolut de eficacitate și despre consecințele nedorite ce pot duce în foarte rare cazuri la complicații grave imprevizibile. Vor fi luate toate măsurile de prevenție care constau în monitorizarea continuă a stării de sănătate a copilului de către personalul medical în procesul tratamentului, iar utilajul și medicamentele necesare pentru acordarea asistenței medicale de urgență sînt disponibile.

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

Îmi exprim benevol consimțământul conștient pentru efectuarea procedurilor de diagnostic/tratament 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 pacientului într-un limbaj accesibil caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor de diagnostic/tratament descrise.

Data _____ Semnătura medicului curant _____

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: - Exemplar nr.: 1

Anexa nr.4

**Acord informat pentru
caterismul venelor
centrale**

Anexa nr.1
la ordinul IMSP SCMC nr.1
nr. __ din ____

ACORD INFORMAT PENTRU CATETERISMUL VENELOR CENTRALE

Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii Nr.1

Eu, subsemnatul(a) părintele/reprezentantul legal _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) benevol la efectuarea cateterismului venelor centrale copilului _____

caracterul și scopul căruia mi-au fost explicate, recomandată și efectuată de către medicul, _____

Eu am fost informat(ă) și am înțeles că această metodă este efectuată prin utilizarea dispozitivelor(aparatelor) special destinate metodei propuse de diagnostic/tratament.

Mi s-a explicat despre indicațiile și consecințele acestei metode de diagnostic și tratament, care nu posedă un grad absolut de eficacitate și despre consecințele nedorite ce pot duce în foarte rare cazuri la complicații grave imprevizibile. Vor fi luate toate măsurile de prevenție care constau în monitorizarea continuă a stării de sănătate a copilului de către personalul medical în procesul tratamentului, iar utilajul și medicamentele necesare pentru acordarea asistenței medicale de urgență sînt disponibile.

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

Îmi exprim benevol consimțământul conștient pentru efectuarea procedurilor de diagnostic/tratament 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 pacientului într-un limbaj accesibil caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor de diagnostic/tratament descrise.

Data _____ Semnătura medicului curant _____

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: - Exemplar nr.: 1

Anexa nr.5
Refuz la spitalizare

Anexa nr.3
la ordinul IMSP SCMC nr.1
nr. 72 din 08.10.2021

REFUZ DE SPITALIZARE A COPILULUI
în Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii Nr.1

Eu, subsemnatul(a) _____ a.n. _____
părintele/reprezentantul legal al copilului _____ a.n. _____ refuz internarea în spital a copilului pe care îl reprezint.

Am fost informat(ă) de către medicul _____ despre starea de sănătate actuală a copilului și necesitatea spitalizării.

Am primit răspuns la toate întrebările adresate și am înțeles motivul și indicațiile pentru care mi se propune spitalizarea copilului.

Mi-au fost explicate riscurile și consecințele, care pot apărea în starea de sănătate a copilului meu, din cauza că este refuzată asistența medicală specializată, ce poate fi acordată în cadrul spitalului.

Confirm că mi-a fost explicată posibilitatea dezvoltării unor complicații precum: _____

Îmi asum responsabilitatea că voi monitoriza starea de sănătate a copilului și voi urma recomandările primite din partea medicilor, iar în caz de agravarea stării de sănătate a copilului, voi apela imediat după asistența medicală necesară.

Sunt conștient(ă) că refuzul meu pentru asistență medicală specializată (spitalizarea copilului), poate fi în detrimentul copilului, cu posibilă înrăutățirea ulterioară a stării lui/ei de sănătate. Cunosc prevederile legislației în vigoare cu privire la responsabilitatea părinților pentru viața și sănătatea copilului¹.

Motivul refuzului _____

REFUZ SPITALIZAREA COPILULUI PE PROPRIA RĂSPUNDERE ȘI ÎMI ASUM CONSECINȚELE.

Părinte/Reprezentant legal* Nume Prenume _____ Semnătura _____

** Se va anexa copia certificatului de naștere a copilului sau documentul de atribuire a responsabilităților de reprezentant legal al copilului.*

Confirm că am explicat, într-un limbaj accesibil părintelui / reprezentantului legal consecințele, riscurile și complicațiile posibile din cauza refuzului de a fi acordată asistența specializată copilului în cadrul spitalului.

MEDIC Nume Prenume _____ Semnătura _____

Data/ora _____

¹ **Codul Familiei al RM, articolul 62 Exercițarea drepturilor părinților:**

Drepturile părinților nu pot fi exercitate contrar intereselor copilului lor. Părinții nu pot prejudicia sănătatea fizică și psihică a copilului (pt.1)

Părinții poartă răspundere, în modul stabilit, pentru exercitarea drepturilor părintești în detrimentul intereselor copilului (pt.4).

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: - Exemplar nr.: 1

Anexa nr.6

**Acord informat
la intervenția
medicală**

Anexa nr.6
la ordinul IMSP SCMC nr.1
nr. 73 din 08.10.2021

ACORD INFORMAT LA INTERVENȚIE MEDICALĂ

Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii Nr.1

Eu, subsemnatul(a) părintele/reprezentantul legal _____

prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) benevol pentru procedura de diagnostic care va fi efectuată copilului: _____

detectarea (depistarea) Antigenului SARS CoV-2 (Ag TDR), 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 testului rapid de diagnostic destinată depistării infecției cu SARS CoV-2. Procedura este efectuată la recomandarea medicului de către asistenta medicală, special pregătită și abilitată în domeniu.

Procedura constă în recoltarea unui exudat nazal prin introducerea în cavitatea nazală cu mișcări rotatorii a unui bețișor pufos, steril, de unică folosință, urmată de descărcarea bețișorului într-un mediu lichid furnizat de către producătorul testului și ulterior impregnarea pe o casetă de testare. Rezultatul testării este disponibil în 15 minute.

Am fost informat(ă) că în cadrul efectuării procedurii de diagnostic copilul va avea senzații de disconfort local în cavitatea nazo-faringiană (*prurit nazal, hiperlacrimare, bufeuri de căldură caracteristice acestei forme de diagnostic*). Mi s-a explicat despre importanța și necesitatea acestei metode de diagnostic, în scopul prevenirii răspândirii infecției SARS CoV-2. Testul efectuat nu are consecințe negative asupra sănătății copilului meu.

Îmi exprim benevol consimțământul conștient pentru prelucrarea datelor cu caracter personal și menționez, că am fost informat despre drepturile mele în calitate de subiect a datelor cu caracter personal privind starea de sănătate a copilului în conformitate cu prevederile Legii privind protecția datelor cu caracter personal nr. 133 din 08.07.2011

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

Îmi exprim benevol consimțământul conștient pentru efectuarea procedurilor de diagnostic descrise.

Am fost informat(ă) că în cazul refuzului testării port răspundere civilă în baza Legii №10, din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice, art.66, al.(1).

Data _____ Semnătura părintelui (reprezentantului legal) _____

Confirm, că eu am explicat pacientului într-un limbaj accesibil caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor de diagnostic descrise.

Data _____ Semnătura medicului UPU _____

	Instituția medico-sanitară publică Spitalul Clinic Municipal de Copii nr.1	PROCEDURA OPERAȚIONALĂ privind completarea acordului informat	Ediția: I Nr. de ex.: __
		Cod: PO - _48_	Revizia: - 0 Nr. de ex.: -
			Exemplar nr.: 1

11. Cuprins.

Numărul componentei în cadrul procedurii operaționale	Denumirea componentei din cadrul procedurii operaționale	Pag.
0.	Coperta	1
1	Lista responsabililor de elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaționale	1
2	Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale	2
3	Lista persoanelor la care se difuzează ediția sau, după caz, revizia din cadrul ediției procedurii operaționale	2-3
4	Scopul procedurii	3
5	Domeniul de aplicare a procedurii operaționale	3
6	Documente de referință aplicabile procedurii operaționale	3
7	Definiții și prescurtări ale termenilor utilizați în procedură	4
8	Descrierea procedurii	4
9	Responsabilități și răspunderi în derularea activității	6
10	Anexe, înregistrări, arhivări	6-12
11	Cuprins	13