**FORMULAR CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT**

**ACORDUL PACIENTULUI PENTRU CHIMIOTERAPIE**

**PACIENT**…………………………………….**CNP**……………………………………….

DOMICILIU………………………………………………………………………………..

Specialist responsabil………………………..Specialitatea……………………..................

Solicitări speciale…………………………………………………………………………..

**Declarația specialistului:**

**Am explicat pacientului**:

**Diagnosticul de boală sau prezumția diagnostic ce impune chimioterapia**

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

**Natura și scopul chimioterapiei propuse**:

Chimioterapia la care urmează a fi supus pacientul, respectiv:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Proceduri suplimentare care pot deveni necesare în timpul chimioterapiei

………………………………………………………………………………………………

**Riscurile și consecințele chimioterapiei propuse:**

* Greață, vărsături, diaree/constipație, dureri musculare, scădere ponderală, căderea părului, scăderea forței musculare, cefalee (dureri de cap), amorțeli ale membrelor superioare și inferioare, tulburări de auz, vizuale, modificări la nivelul pielii, modificări ale unghiilor, alergii, febră, modificări ale analizelor (anemie, scăderea numărului de leucocite, scăderea numărului de trombocite), tulburări respiratorii, tulburări cardiace, renale, hepatice, modificări la nivelul mucoasei bucale.
* Pentru unele terapii citostatice există toxicitate specifică care va fi explicată de medicul oncolog curant

**Alternativele viabile** de tratament precum și riscurile și consecințele acestora ( dacă este cazul)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Prognosticul** bolii fără efectuarea chimioterapiei și respectarea recomandărilor medicale……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Semnătura și parafa medicului………………………… Data…………………………….

**DECLARAȚIA PACIENTULUI/reprezentantului legal al pacientului**

**Subsemnatul**…………………………………….CNP………………………………….

Având medic curant pe Dl. Dr……………………………………………………………..

In calitate de pacient ( sau părintele minorului/ tutore legal al minorului/ ruda apropiată a pacientului fără discernământ…………………………..) am fost informat cu privire la chimioterapia necesară a fi efectuată.

**Sunt de acord cu efectuarea chimioterapiei**:

………………………………………………………………………………………………

Chimioterapia și tratamentul se fac la cererea mea.

**Autorizez medicii** și personalul medical al secției să efectueze chimioterapia și precizez faptul că am fost pe deplin informat în ce constă aceasta, precum și asupra **beneficiilor, riscurilor și efectelor secundare/reacții adverse** pe care aceasta le implică.

**Am fost informat** de faptul că chimioterapia are riscuri, efecte secundare/reacții adverse și în anumite cazuri, poate avea efecte nedorite foarte grave, până la deces, chiar dacă efectuarea lor a fost corectă.

**Având cunostință de aceasta consimț efectuarea chimioterapiei.**

**Am înțeles** că medicul și personalul medical îmi pot oferi orice informații pe care le consider necesare și, în cazul în care nu cer alte informații, consider că este opțiunea mea și că am fost suficient de informat.

**Înțeleg că chimioterapia** poate fi însoțită de riscuri și complicații, inclusiv deces. Chiar în condițiile în care echipa medicală lucrează cu maximum de competență, precizie și acuratețe, complicațiile sunt posibile. Am fost informat în legătură cu principalele riscuri și complicații posibile, că poate interveni inclusiv decesul, și am înțeles că acestea nu depind doar de tehnica medicală aplicată și că nu există o modalitate de a le elimina în totalitate și recunosc că nu mi se poate da o garanție sau asigurare în ceea ce privește rezultatul final.

**Am fost informat** despre procedurile adiționale care pot deveni necesare în timpul chimioterapiei.

**Consimt** să particip la procesul educațional, în învățământul medical clinic și la cercetare științifică, dar acestea nu trebuie să pună în pericol calitatea îngrijirilor medicale.

Am luat la cunoștință că am posibilitatea de a solicita a doua opinie medicală.

Am luat la cunostință de prevederile stipulate in Regulamentul UE 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Am luat la cunoștință și sunt de acord să respect **REGULILE SI OBICEIURILE DIN SPITAL**.

**Autorizez** fotografierea sau filmarea corpului sau a diverselor părți în interes medical sau științific, dar medicul este obligat să mascheze elementele esențiale ale fizionomiei care ar putea duce la identificarea certă a persoanei mele.

**Medicul curant** mi-a oferit toate informațiile referitoare la chimioterapie în măsura nivelului meu de înțelegere și am pus întrebări care m-au lămurit asupra efectelor secundare ale acesteia și sunt de acord cu efectuarea chimioterapiei.

**Înteleg** că în cazul în care în timpul efectuării chimioterapiei apare o situație de urgență majoră echipa medicală este autorizată să efectueze orice teste diagnostice sau manevre terapeutice/chirurgicale indiferent de gradul de agresivitate și risc al acestora, fără a fi consimțite de mine sau o rudă apropiată, în condițiile în care acestea pot fi justificate medical și în condițiile unei practici medicale corecte.

**Medicul curant** are toată libertatea de a-și alege echipa medicală, dar el este cel care m-a informat despre chimioterapie și poartă întreaga răspundere pentru actul medical. Medicul curant va decide modalitatea de abord al procedurii, dar poate decide schimbarea, atunci când consideră că situația o impune și este în favoarea mea.

**Am fost informat** că riscul de deces variază foarte mult în funcție de vârstă, boala de bază, bolile asociate, tipul și complexitatea chimioterapiei și că actul medical ce urmează a fi efectuat nu este lipsit de acest risc.

**Am enumerat următoarele** proceduri, care nu doresc să mi se facă, fără nicio discuție suplimentară…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Am citit, mi s-au explicat** și am înțeles cele scrise mai sus și sunt de acord cu acestea.

Nume pacient/ ruda/tutore…………………………………..

Semnătura…………………….. Data………………………

**CONFIRMAREA CONSIMȚĂMÂNTULUI**

În numele echipei care tratează pacientul, am confirmat că am cazut de acord cu pacientul, că el/ea nu mai are întrebări suplimentare și doreste ca chimioterapia să aibă loc.

Semnătura și parafa medicului………………………. Data………………………………