



CONSILIUL JUDETEAN BUZAU
Spitalul Judetean de Urgenta Buzau
Str. Stadionului, nr.7

Tel. 0238/724654
Fax: 0238/710989
e-mail: secretara@spitalulbuzau.ro



Aprobat Comitet Director
Manager

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT IN VEDEREA ANESTEZIEI

Pacientul.....,

CNP pacient:

Sau (in situatia in care pacientul nu are discernamant / coma)

Subsemnații.....,

CNP :

CNP :

(se completează CNP-urile aparținătorilor)

Domiciliat(ți) în str....., nr., bl., sc., et., ap., sector....., localitatea....., județul....., telefon....., în calitate de reprezentant legal al pacientului aflat in (stare comatoasa / politraumatizat / afectiuni psihice majore), diagnosticat cuinternat in sectiasunt de acord să cu procedura de anestezie in vederea interventiei chirurgicale / investigatiei invazive.....

Am fost informat asupra manevrei de anestezie si despre:

1. informatii cu privire la riscul infectios
2. informatii cu privire la riscul cardiac
3. informatii cu privire la riscul vascular
4. informatii cu privire la riscul volemic

Ma declar (Ne declarăm) de acord să cu anestezia..... in vederea interventiei chirurgicale/ procedurii .

Medicul anestezist care a informat pacientul:

.....

Data

Semnătura pacientului / aparținătorilor