



# INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

## ORDIN

Nr. 09

„02” 01 2024

**„Cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat în cadrul IMSP Centrul de Sănătate Ungheeni”**

În conformitate cu 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”,

### A P R O B:

1. Lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat al pacientului în cadrul IMSP Centrul de Sănătate Ungheeni. *(anexa nr.1)*
2. Modelul acordului informat la procedura de diagnostic/tratament. *(anexa nr.2)*
3. Modelul refuzului la procedura de diagnostic/tratament. *(anexa nr.3)*
4. Modelul acordului informat la investigații paraclinice și consultul medicului consultant de profil. *(anexa nr.4)*
5. Modelul acordului informat pentru efectuarea intervenției medicale de caracter invaziv. *(anexa nr.5)*
6. Modelul consimțământului subiectului (pacientului) datelor cu caracter personal privind starea de sănătate. *(anexa nr.6)*
7. Modelul acordului informat la procedura de diagnostic/tratament în limba rusă. *(anexa nr.7)*

### O R D O N:

#### **1. Șefului adjunct pe probleme medicale, D-nei Natalia Bargan:**

- De reglementat modul de acces, prelucrare și protecție a datelor medicale și personale ale pacientului;
- De instruit personalul medical pentru păstrarea confidențialității datelor pacienților, în conformitate cu legislația în vigoare;
- De implementat în activitatea medicală acordul informat-model, adaptat cerințelor instituției;

- De asigurat completarea corectă și deplină a acordului informat de către personalul medical, pacienți și aparținători;
- De asigurat dreptul pacientului la exprimare benevolă, la consimțământul sau refuzul la intervenția medicală.

## 2. Medicilor de familie, asistenților medicali:

- Lucrătorii medicali sunt obligați de a primi acordul informat în legătură cu dreptul pacienților la alegere asupra propriei sănătăți, care le oferă posibilitatea de a consimți, a refuza sau a alege o altă opțiune oferită.
- De a obține de către medicul curant, pentru orice tip de tratament, acordul pacientului, care se confirmă prin semnătura pacientului, cu atașarea lui, în fișa medicală de ambulator f 025/e.
- Medicul curant va explica întotdeauna pacientului tratamentul prescris și efectele negative ale acestuia. În situația în care un pacient va refuza tratamentul prescris, medicul curant are obligativitatea de a arăta consecințele imediate și în timp ale refuzului tratamentului. De asemenea, medicul curant va oferi posibilitatea unui consult la alt medic de aceeași specialitate dacă este cazul.
- În situația în care pacientul continuă să refuze: procedura, tratamentul, medicul propune pacientului/ aparținătorului să completeze și să semneze refuzul cu atașarea lui, după caz, în fișa medicală de ambulator f 025/e.

## 3. Controlul executării prezentului ordin mi-l asum personal.

Șef IMSP CS Ungheni



Oleg BELBAS

**Proceduri sau categorii de tratament care necesită acordul informat al pacientului:**

**I. Servicii medicale specifice:**

- Prelevarea sângelui pentru determinarea parametrilor clinici, biochimici, imunologici, serologici;
- Recoltarea produselor pentru citologie;
- Extracție de corpi străini.

**II. Servicii medicale paraclinice, inclusiv:**

- Investigații de radiodiagnostic.
- Endoscopia de diagnostic.

**III. Servicii de fizioterapie și reabilitare medicală cu metode fizice.**

**IV. Tratamente terapeutice cu efecte adverse specifice sau risc sporit.**

**V. Intervenții medicale de caracter invaziv pentru îngrijiri la domiciliu:**

- Aplicarea fluturașului;
- Injecții i/m, s/c, i/v;
- Instalarea seringii – automat;
- Efectuarea pansamentului;
- Instalarea/ schimbarea cateterului urinar;
- Efectuarea clismei evacuatorii și a tușeului rectal;
- Îngrijirea sondelor;
- Îngrijirea stomelor;
- Prescrierea și supravegherea medicamentelor și a respectării regimului medicamentos al beneficiarilor;
- Administrarea medicamentelor;
- Repartizarea echipamentului medical și a obiectelor de uz igienic;
- Masaj antilimfedemic;
- Monitorizarea funcțiilor vitale ( $t^0$ ; T/A; Ps; Fr; Fcc);

**Anexa nr.2**  
**la ordinul IMSP CS Ungheni**  
**nr.09 din 02.01.2024**



**Acord informat la procedura de diagnostic/tratament**

Subsemnatul \_\_\_\_\_  
în calitate de Pacient (reprezentant legal) pe lista medicului de familie  
\_\_\_\_\_ IMSP CS Ungheni prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul)  
la următoarele proceduri de diagnostic/ tratament prin următoarele metode:

<b>Nr. ord</b>	<b>Investigații</b>	<b>Data</b>

Natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării/neefectuării acestei proceduri de diagnostic/tratament, mi-au fost explicate pe înțelesul meu de către medicul: \_\_\_\_\_

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

Benevol îmi exprim consimțământul, conștient pentru efectuarea procedurilor descrise.

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

Data \_\_\_\_\_ Semnătura pacientului (reprezentantului legal) \_\_\_\_\_

Confirm, că eu am explicat pacientului caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor descrise.

Data \_\_\_\_\_ Semnătura medicului \_\_\_\_\_

**Anexa nr.3**  
**la ordinul IMSP CS Ungheni**  
**nr.09 din 02.01.2024**



**Refuz la procedura de diagnostic/tratament**

Subsemnatul \_\_\_\_\_  
în calitate de Pacient (reprezentant legal) pe lista medicului de familie  
\_\_\_\_\_

IMSP CS Ungheni prin prezentul îmi exprim refuzul categoric la următoarele  
proceduri de diagnostic/ tratament prin următoarele metode:

<b>Nr. ord</b>	<b>Investigații</b>	<b>Data</b>

Motivul refuzului este: \_\_\_\_\_

Riscurile neefectuării acestei proceduri de diagnostic/tratament,  
mi-au fost explicate pe înțelesul meu de către  
medicul: \_\_\_\_\_

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

Benevol îmi exprim refuzul pentru efectuarea procedurilor descrise.

Data \_\_\_\_\_ Semnătura pacientului (reprezentantului legal) \_\_\_\_\_

Confirm, că eu am explicat pacientului caracterul, scopul, beneficiile și riscurile  
procedurilor descrise.

Data \_\_\_\_\_ Semnătura medicului \_\_\_\_\_

**Anexa nr.4**  
**la ordinul IMSP CS Ungheni**  
**nr.09 din 02.01.2024**



**Acord informat**

**la investigații paraclinice și consultul medicului consultant de profil**  
**IMSP Centrul de Sănătate Ungheni**

În conformitate cu Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.596/404-A din 21.07.16, pct.11, ce permite instituției de a presta servicii medicale contra plată persoanelor neînregistrate pe lista medicului de familie ce prestează serviciile medicale, sau nu dispune de îndreptarea medicului de familie la care persoana este înregistrată, eu, subsemnatul \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
prin prezenta îmi exprim acordul de a beneficia **contra plată** de asistență medicală (investigații, consultații):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cu Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.596/404-A din 21.07.16, sunt cunoscut.

**Data** \_\_\_\_\_

**Semnătura pacientului** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Semnătura medicului** \_\_\_\_\_

**Anexa nr.5**  
**la ordinul IMSP CS Ungheni**  
**nr.09 din 02.01.2024**



**Acord informat**  
**pentru efectuarea intervenției medicale de caracter invaziv**  
**(îngrijiri la domiciliu)**  
**IMSP Centrul de Sănătate Ungheni**

Eu, subsemnatul/a \_\_\_\_\_, prin prezentul, îmi exprim acordul (consimțământul) la următoarele proceduri de tratament prin următoarele metode:

- Aplicarea fluturașului;
- Injecții i/m, s/c, i/v;
- Instalarea seringii – automat;
- Efectuarea pansamentului;
- Instalarea/ schimbarea cateterului urinar;
- Efectuarea clisei evacuatorii și a tușeului rectal;
- Îngrijirea sondelor;
- Îngrijirea stomelor;
- Prescrierea și supravegherea medicamentelor și a respectării regimului medicamentos al beneficiarilor;
- Administrarea medicamentelor;
- Repartizarea echipamentului medical și a obiectelor de uz igienic;
- Masaj antilimfedemic;
- Monitorizarea funcțiilor vitale (t<sup>0</sup>; T/A; Ps; Fr; Fcc);

Profilaxia și tratamentul escarelor, caracterul și scopul cărora mi-au fost explicate și propuse de către medic, Dl/ Dna: \_\_\_\_\_

Procedurile vor fi efectuate de către medicul și/sau asistentele medicale, special pregătite în acest domeniu.

Mie mi s-a explicat despre beneficiile acestor metode de tratament paliativ.

Vor fi luate toate măsurile de preîntâmpinare care constau în supravegherea atentă a stării mele de către personalul medical mediu în procesul tratamentului, iar utilajul și medicamentele necesare pentru acordarea ajutorului de urgență vor fi gata pregătite.

Eu am înțeles tot ce mi-a explicat medicul, care a răspuns la toate întrebările mele. Benevol 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 pacientului (reprezentantului legal) \_\_\_\_\_

Confirm, că eu am explicat pacientului caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor descrise.

Data \_\_\_\_\_ Semnătura medicului \_\_\_\_\_

**Anexa nr.6**  
**la ordinul IMSP CS Ungheni**  
**nr.09 din 02.01.2024**



**Consimțământul subiectului (pacientului)**  
**datelor cu caracter personal privind starea de sănătate**

Elaborat conform art.7 din Legea  
privind protecția datelor cu caracter personal nr.133 din 08.07.2011

Eu, subsemnatul \_\_\_\_\_  
prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) pentru ca  
IMSP Centrul de Sănătate Ungheni să prelucreze datele cu caracter personal  
privind starea mea de sănătate.

În caz de necesitate, de a fi consultat de către medicii din instituție, sau de  
către medicii din alte instituții medicale, consimt transmiterea datelor cu caracter  
persoanal privind starea mea de sănătate către acești medici și aceste instituții în  
scopul consultului meu, precum și în scopul examinării cererilor și petițiilor  
depușe de mine.

Semnat de mine personal.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

**Anexa nr.7  
la ordinul IMSP CS Ungheni  
nr.09 din 02.01.2024**



**Информированное согласие на диагностическую/лечебную процедуру**

Нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
как Пациент (законный представитель), включенный в список семейного врача

\_\_\_\_\_ IMSP CS Ungheni, настоящим выражаю свое согласие (согласие) на проведение следующих диагностических/лечебных процедур следующими методами:

Нр.	Медицинские исследования	Дата

Характер и цель, преимущества и риски проведения/непроведения данной диагностической/лечебной процедуры были разъяснены мне врачом доступным для понимания способом: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Я понял все, что мне объяснил врач, и получил ответы на все свои вопросы.

Я добровольно выражаю свое информированное согласие на выполнение описанных процедур.

В то же время я заявляю о своей ответственности за любое нарушение правил поведения и невыполнение полученных рекомендаций.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что я объяснил пациенту характер, цель, преимущества и риски описанных процедур.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_