

CONSIMȚĂMÂNT PACIENT

Subsemnata/ul.....,

CNP:

Domiciliat/ă în str....., nr., bl., sc., et., ap.,
sector....., localitatea....., județul....., telefon.....,
având diagnosticul

sunt de acord să urmez tratamentul cu

Am fost informat/ă asupra importanței, efectelor și consecințelor administrării acestei
terapii cu produse biologice.

Mă declar de acord cu instituirea acestui tratament precum și a tuturor examenelor clinice și
de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.

Mă declar de acord să urmez instrucțiunile medicului curant, să răspund la întrebări și să
semnalez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

Medicul specialist care a recomandat tratamentul:

.....

Unitatea sanitară unde se desfășoară monitorizarea tratamentului

.....

Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos încercuind răspunsul potrivit:

1. Ați discutat cu medicul curant despre tratamentul pe care îl veți urma?

DA / NU

2. Ați înțeles care sunt beneficiile și riscurile acestui tratament?

DA / NU

3. Ați luat cunoștință despre reacțiile adverse ale acestui tratament?

DA / NU

4. Sunteți de acord să urmați acest tratament?

DA / NU

Numele/prenumele pacientului (completați cu majuscule):

.....

Data:

Semnătura pacientului: