

*Instruirea privind aplicarea procedurilor operaționale
CC Drepturile pacientului și a familiei*

PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ STANDART

INFORMAREA PACIENTULUI ȘI OBȚINEREA ACORDULUI INFORMAT

POS: DP – 02
personal medical superior

- **SCOPUL PREZENTEI PROCEDURI** este de respectare a drepturilor pacienților prin **standardizarea procesului** de **informare privind îngrijirea, tratamentul și obținerea consimțământului informat.**

DOMENIUL DE APLICARE A POS

- Prevederile prezentei proceduri se aplică de către **toți angajații cu studii medicale superioare sau medii**, care sunt implicați în acordarea asistenței medicale (Serviciul Consultativ, Secția de Internare, secțiile clinice).

- **Pacienții au dreptul fundamental legal și etic de a determina ce se întâmplă** cu propriul corp.

Legea Nr. 263-XVI din 27.10.2005, Articolul 5 punctele i și j.

- **Acordul pacientului** la spitalizare, examinare și tratament - **elementul central în domeniul medicinei**, de la îngrijiri simple până la intervenții majore.
- **Informarea pacientului și obținerea acordului informat** se va efectua de către **personalul cu studii medicale superioare** și în unele cazuri de cel cu **studii medii** (în cazul acordului informat al pacientului pentru spitalizare).

Documente de referință

Reglementări naționale:

- Legea privind accesul la informație, nr.982-XV din 11.05.2000, art. 8, pt.5.
- **Ordin 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
- **Ordin nr. 425 din 20.03.2018** Cu privire la aprobarea Ghidului privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților
- **Ordinul nr.139 din 03.03.2010** „Privind asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare”.
- Legea RM nr. 263 – XVI din 27.10.2005 “Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului”
- Constituția Republicii Moldova, art. 24, 51.

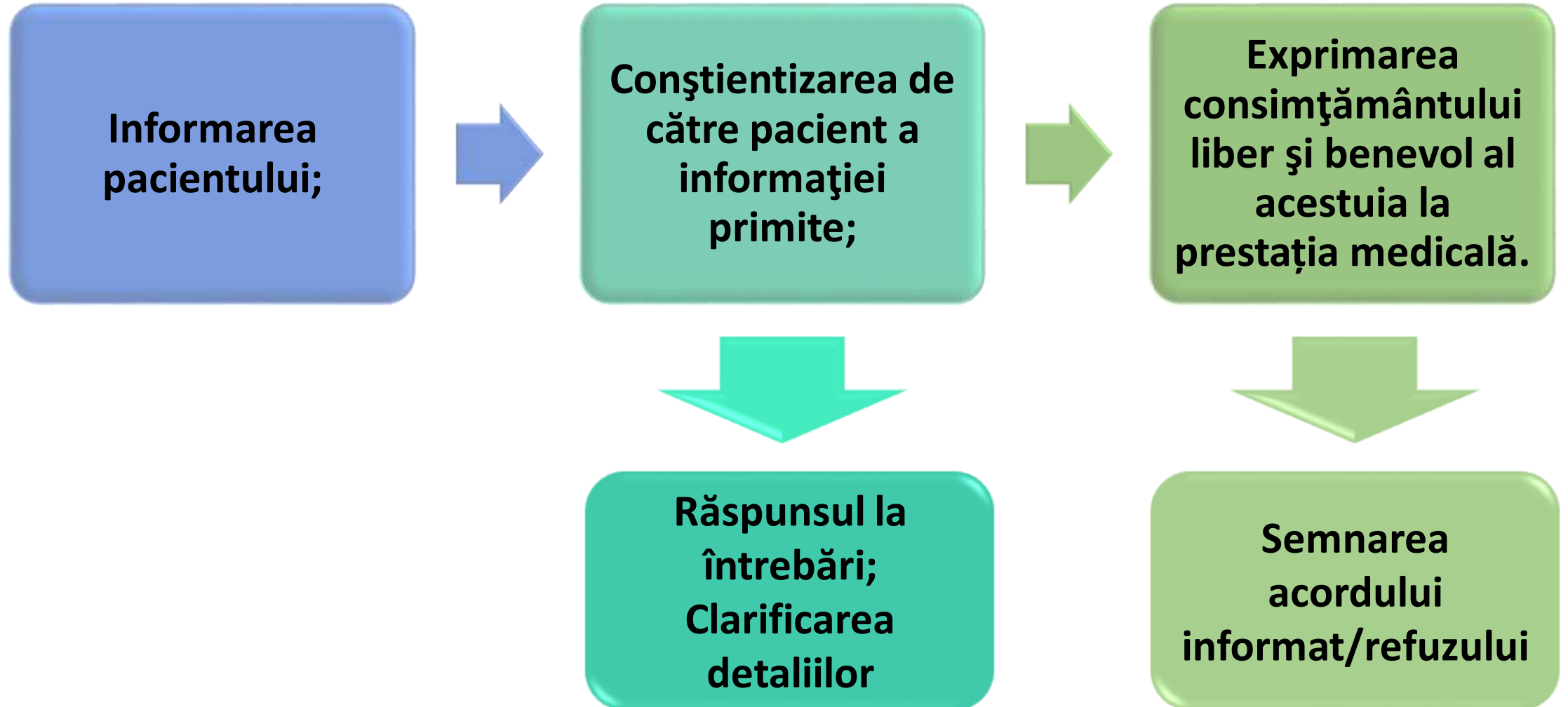
Reglementări secundare:

- **Ordinul MS nr. 790 din 08.08.2012** Cu privire la Regulile de examinare și supraveghere medicală pentru depistarea contaminării cu virusul imunodeficienței umane (maladia SIDA)
- **Ordinul nr. 187 din 03.12.2020** Cu privire la fortificarea măsurilor de hemovigilență în asistența hemotransfuzională a pacienților.

Acorduri informate utilizate în IMSP SCR "Timofei Moșneaga"

- Acordul informat al pacientului pentru spitalizare;
- Acordul informat standardizat pentru diagnostic și tratament;
- Acordul informat al pacientului pentru efectuarea testului HIV;
- Acordul informat al pacientului pentru transfuzia sângelui și componentelor de sânge de la donator;
- Refuzul pacientului pentru tratamentul cu aplicarea transfuziei de produse sanguine;
- Acordul informat pentru anestezie;
- Refuzul pacientului (la spitalizare, investigații, tratament).

Etapele încheierii acordului informat



Acordul informat al pacientului pentru internare

Anexa 1

ACORD INFORMAT LA INTERNARE

Instituția Medico-Sanitară Publică

Spitalul Clinic Republican "Timofei Moșneaga"

Eu, subsemnatul _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) la spitalizare în Secția _____.

Eu am fost informat despre prevederile Legii Republicii Moldova Nr. 263 – XVI din 27 octombrie 2005 „Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului” privind:

- **Drepturile pacientului:** acces la servicii și informații fără discriminare, de a fi informat și de a consimți, dreptul la alegere, dreptul de a fi respectată confidențialitatea, dreptul de a manifesta nemulțumirea cu privire la calitatea serviciilor sau a asistentei primite.
- **Responsabilitățile pacientul internat:** respectarea Regulamentului intern al spitalului și programului de vizite; tratarea cu respect și considerație toate persoanele, respectarea intimității și confidențialității celorlalți; colaborarea cu echipa medicală oferind informații privind starea de sănătate; respectarea cu strictețe a instrucțiunilor personalului medical privind tratamentul și regimul; asumarea riscurilor ce decurg din refuzul de a urma tratamentul recomandat de medical currant; informarea personalului medical la modificarea stării de sănătate, apărute în timpul tratamentului administrat; respectarea igienei personale și curățeniei în incinta secției și spitalului; păstrarea integrității obiectelor sanitare, mobilierului și lenjeriei din dotarea salonului și din încăperile anexe ale secției cât și din incinta spitalului.
- **Regimul instituției:** este interzisă părăsirea spitalului fără acordul administrației, se permite doar în situații întemeiate; categoric este interzisă utilizarea băuturilor alcoolice, drogurilor, obiectelor tăioase și altele, interzise de lege, este interzis fumatul în incinta spitalului și teritoriul adiacent; pacienții, care vor încălca prevederile Legii nr.278 din 14.12.2007 “Privind controlul tutunului” vor fi sancționați. Confirm că am fost informat despre regimul în spital și în cazul încălcării acestuia voi fi externat.

Eu am fost informat că procesul de asistență medicală este dublat de procesul educațional și consimt ca, în limitele impuse de decență și bunul simț, să particip la procesul educațional, inclusiv în ceea ce privește vizitele și micile manevre, efectuate de personalul aflat în pregătire (studenți, rezidenți, cursanți etc), atata timp cat acesta nu afectează calitatea îngrijirilor medicale.

Am fost informat că pot refuza participarea în procesul, fără a fi obligat să dau alte explicații și fără a fi afectate drepturile mele de pacient.

Sunt de acord cu participarea în învățământul medical, efectuarea consultului medical în scop didactic, de către personalul implicat în procesul educațional și pentru ca informațiile de specialitate despre starea de sănătate, rezultatele analizelor efectuate să fie folosite pentru procesul de învățământ și cercetare, studii științifice, respectând dreptul la confidențialitate al pacientului.

Data _____ Semnătura pacientului (reprezentantului legal) _____

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

Data _____ Semnătura medicului _____

Când? - În momentul internării, înainte de perfectarea fișei.

Care este conținutul?

- drepturile,
- responsabilitățile
- regimul instituției,
- instituția este implicată în procesul educațional medical superior și mediu,
- respectarea strictă a confidențialității.

Cine prezintă informația?

- **spitalizarea programată** – persoana de la registratură în timpul perfectării fișei medicale de observație;
- **spitalizarea urgentă cu trimitere din Secția Consultativă** - medicul specialist din Secția consultativă;
- **spitalizarea urgentă direct în secția de internare (112, AVIASAN, transfer interspitalicesc)** - asistenta medicală din Secția de internare.
-
- După procedura de informare, pacientul va adresa întrebări și va aplica semnătura cu contrasemnătura medicului.
- "Acordul informat al pacientului pentru spitalizare" va fi anexat la fișa medicală de observație.

Acordul informat standardizat pentru diagnostic și tratament

- **Când?** - După examinarea primară a pacientului, în prima zi de internare,
- **Cine?** - medicul curant va informa pacientul despre posibilul diagnostic și planul de investigații și tratament.
- **Ce?** –
- **medicul** va explica metodele de diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient,
- **asistenta medicală** va informa despre regulile de pregătire și condițiile de prelevare a investigațiilor clinice sau de efectuare a investigațiilor instrumentale cu scop de diagnostic și tratament.
- Pacientul va adresa întrebări, pentru a concretiza momentele neclare, după care va semna acordul.

Anexa 2

ACORD INFORMAT STANDARDIZAT PENTRU DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT IMSP Spitalul Clinic Republican "Timofei Moșneaga"

Eu, subsemnatul _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) la proceduri de diagnostic/tratament prin următoarele metode de diagnostic și tratament:

1. **Prelevarea materialului biologic** (sânge, urină, mase fecale, lichide biologice, biopiate etc) pentru examinări biochimice, serologice, imunologice, citologice, bacteriologice etc;
2. **Examinări paraclinice**
 - Diagnostic funcțional (ECG, ECHOCG, spirografie, cu teste farmacologice)
 - Investigații imagistice radiologice _____
 - Investigații imagistice prin CT sau RMN _____
 - Investigații din domeniul Medicinii nucleare (scintigrafie, PET-CT etc) _____
 - Investigații angiografice _____
 - Investigații imagistice invazive _____
 - Investigații endoscopice _____

Eu am fost informat și am înțeles ca aceste metode sunt efectuate prin utilizarea dispozitivelor (aparaturilor), special destinate metodelor propuse de diagnostic/tratament.

3. **Manopere terapeutice** (injecții s/c, i/m, i/v, i/articulare, punctia, cateterizarea) și tratamente locale (badijonări, lavaj). Procedurile vor fi efectuate la recomandarea medicului, de către asistentele medicale sau de medic, special pregătiți în acest domeniu.
4. În cazul în care va fi necesar consimt la efectuarea psihodiagnosticului și accept **intervenția clinică a psihologului**.
5. La necesitate accept și efectuarea **manoperele de kinetoterapie/fizioterapie** și reabilitare medicală.

Mie mi s-au explicat beneficiile acestor metode de diagnostic și tratament, care nu au un grad absolut de eficacitate și despre consecințele nedorite ce pot duce în anumite cazuri rare la complicații grave și chiar moarte.

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 asistenței medicale de urgență sunt disponibile.

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 asum responsabilitatea pentru orice încălcare a regulilor de comportament și neîndeplinirea recomandărilor primite.

Imi exprim acordul ca informațiile despre starea de sanatate și datele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, exprimată în deplină cunoștință de cauză.

Numele, prenumele persoanelor indicate de către pacient/reprezentant legal: _____

Grad de rudenie/alta relație: _____

Data _____ Semnătura pacientului (reprezentantului legal) _____

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

Data _____ Semnătura medicului _____

Acordul informat al pacientului pentru efectuarea testului HIV

Anexa 3

ACORD INFORMAT PENTRU EFECTUAREA TESTULUI HIV IMSP Spitalul Clinic Republican "Timofei Moșneaga"

Eu, subsemnata/ul _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) pentru prelevarea de sânge în vederea efectuării testului HIV.

Mie mi s-au explicat de către medicul curant motivele pentru care se recomandă testarea la markerii HIV cu indicarea cifrului _____ și beneficiile clinice și profilactice ale testării cu furnizarea informațiilor complete privind infecția cu HIV, căile de transmitere, modalitățile de prevenire, tratamentul existent, precum și procedura de testare și semnificația rezultatelor posibile.

Am avut timp suficient pentru a decide efectuarea testului HIV.

Medicul m-a informat despre serviciile oferite în cazul unui test negativ și în cazul unui rezultat pozitiv inclusiv accesul la terapia antiretrovirală.

Am fost informat că personalul medical, se obligă să trateze confidențial orice informație legată de efectuarea și rezultatul testului HIV.

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

Eu confirm prin semnătura mea, că am citit și înțeleg tot ce este expus mai sus.

Imi exprim acordul ca informațiile despre starea de sanatate si datele medicale să fie comunicate catre persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorinta mea, exprimată în deplină cunoștință de cauză:

Numele,prenumele persoanelor indicate de catre pacient/reprezentant legal: _____

Grad de rudenie/alta relatie: _____

Data _____ Semnătura pacientului (reprezentantului legal) _____

Confirm, că pacientul a fost consiliat, ca am explicat pacientului caracterul, scopul, beneficiile si riscurile procedurilor descrise.

Data _____ Semnătura medicului _____

- **Medicul curant va explica**
- **motivele**
- **va indica cifrului necesar**
- **beneficiile clinice și profilactice ale testării cu furnizarea informațiilor complete privind infecția cu HIV, căile de transmitere, modalitățile de prevenire, tratamentul existent, precum și**
- **procedura de testare și semnificația rezultatelor posibile.**

Ordinul MS nr. 790 din 08.08.2012 Cu privire la Regulile de examinare și supraveghere medicală pentru depistarea contaminării cu virusul imunodeficienței umane (maladia SIDA)

Acordul informat al pacientului pentru transfuzia sângelui și componentelor de sânge de la donator

Medicul curant

- va informa pacientul despre necesitatea tratamentului transfuzional, scopul acestui tratament, riscul posibil și tratamentul de alternativă.
- Acordul pacientului la hemotransfuzie trebuie să fie documentat în fișa medicală de observație.
- Pacientul va adresa întrebări, pentru a concretiza momentele neclare, după care va semna,

**ACORDUL INFORMAT AL PACIENTULUI
PENTRU TRATAMENTUL CU APLICAREA TRANSFUZIEI DE PRODUSE SANGUINE (sânge/componente și/sau preparate sanguine)
în cadrul IMSP Spitalul Clinic Republican "Timofei Moșneaga"**

Dosar medical nr. _____
Eu, *subsemnatul*, în calitate de:
pacient _____ sau
nume, prenume

reprezentant legal _____ sau
nume, prenume

Motivul pentru care se ia acordul reprezentantului legal al pacientului:
 bolnav inconștient pacient cu vârsta mai mică de 18 ani
 bolnavul nu este capabil să ia o decizie caz de urgență
Însoțitor a pacientului _____ în grad de rudenie
nume, prenume

Prin prezenta confirm, că mi s-a explicat starea sănătății mele și prezența indicațiilor pentru transfuzia de produse sanguine (sânge/componente și preparate biomedicale sanguine) și îmi exprim acordul (consimțământul) încredințând personalului medical procedura de hemotransfuzie, scopul căreia mi-a fost explicat și produs de către medic. Am comunicat medicului tot ce ține de sănătatea mea (pacientului în caz de reprezentant legal/însoțitor), am informat despre starea fizică și psihologică.

Eu am fost informat și am înțeles că aceste metode sunt efectuate prin utilizare dispozitivelor medicale, jetabile, de uz unic și de personal pregătit în acest domeniu.

Mie mi s-a explicat despre beneficiile hemotransfuziei și despre consecințele nedorite ce pot duce în anumite cazuri rare. Conținutul acțiunilor medicale în procedura de hemotransfuzie, riscul posibil, complicațiile posibile, de asemenea și alternativele metodei propuse îmi sunt cunoscute.

Mi s-a comunicat, că produsele sanguine sunt preparate din sângele donat, care este examinat la markerii infecțiilor virale hepatite virale B și C, HIV/SIDA și sifilis, antigenele grupului de sânge ABO, Rhesus și alte sisteme eritrocitare, după caz, asigurându-se cel mai compatibil produs sanguin.

În pofida controlului minuțios la selectarea donatorilor, examinării de laborator a sângelui donat și toate măsurile posibile de asigurare a compatibilității sanguine înainte de transfuzie și alte metode de profilaxie, prevăzute de documentele în vigoare, după aplicarea tratamentului, în organismul meu pot să se dezvolte reacții sau complicații hemolitice, nehemolitice, febrile, urticari, anafilactice, insuficiența pulmonară acută, complicații autoimune, trombocitorefractare, boala "transplant contra gazdei" și imunomodulare, circulatorii, metabolice, embolice, supraincercarea metabolică cu fer, infecțioase, inclusiv transmiterea virusurilor hepatitei, HIV/SIDA etc.

Eu înțeleg, că pe parcursul îndeplinirii acțiunilor medicale indicate mai sus pot apărea împrejurări neașteptate, care pot modifica caracterul acțiunilor acordate sau care necesită examinări suplimentare, manipulații, proceduri neindicate, care deasemenea le încredințez personalului medical, inclusiv să ia deciziile respective, în conformitate cu judecata lor profesională și să efectueze orice acțiuni medicale, pe care le va considera necesare pentru ameliorare sănătății mele.

Eu confirm prin semnătura mea, că am citit și înțeleg tot ce este expus mai sus, am avut posibilitatea să pun diferite întrebări și am primit răspunsuri complete. Concomitent îmi asum responsabilitatea pentru orice încălcare a regulilor de comportament și neîndeplinire a recomandărilor primite.

	Nume, prenume	Semnătura	Data și ora
Pacient/reprezentant legal/însoțitorul pacientului			
Medicul care a efectuat informarea pacientului/reprezentantului legal/însoțitorului			
Martorul/i			
Translator (după caz)			

Refuzul pacientului pentru tratamentul cu aplicarea transfuziei de produse sanguine

Anexa 5

REFUZUL PACIENTULUI PENTRU TRATAMENTUL CU APLICAREA TRANSFUZIEI DE PRODUSE SANGUINE (sânge/componente și/sau preparate sanguine) în cadrul IMSP Spitalul Clinic Republican "Timofei Moșneaga"

Dosar medical nr. _____

Eu, *subsemnatul*, în calitate de:

pacient _____ sau

nume, prenume

reprezentant legal _____ sau

nume, prenume

Motivul pentru care se ia acordul reprezentantului legal al pacientului:

- bolnav inconștient pacient cu vârsta mai mică de 18 ani
 bolnavul nu este capabil să ia o decizie caz de urgență

Însoțitor a pacientului _____ în grad de rudenie

nume, prenume

prin prezenta confirm că mi s-a explicat starea sănătății mele (a bolnavului pentru reprezentantul legal/însoțitor) și prezenta indicațiilor pentru transfuzia produselor sanguine (sânge și/sau preparate biomedicale sanguine). Eu am refuzat transfuzia acestor produse, din cauza riscurilor ce țin de această procedură. În loc de produse sanguine sunt de acord cu aplicarea în tratament a substituenților sanguini, stimulatoarelor hemopoiezei și preparatelor care mențin unele funcții a sângelui (preparate de fier, vitamine, microelemente etc).

Eu am înțeles conținutului acțiunilor medicale de mai sus, riscul ce ține de ele, complicațiile posibile îmi sunt cunoscute. După folosirea metodelor de alternativă enumerate, pot fi cazuri de dezvoltare a reacțiilor sau complicațiilor, indiferent de toate măsurile posibile de profilaxie a acestora.

Eu refuz transfuzia de produse sanguine (sânge/componente și/sau medicale sanguine) prin prezenta indicațiilor. Ceea ce confirm prin semnătura mea. Mie mi s-au explicat posibilele consecințe ale refuzului de la aplicarea tratamentului cu produse sanguine, inclusiv invalidizare sau deces.

Semnez din propria inițiativă prezentul refuz, în urma explicațiilor aduse privind conținutul refuzului.

	Nume, prenume	Semnătura	Data și ora
Pacient/reprezentant legal/ însoțitorul pacientului			
Medicul care a efectuat informarea pacientului/reprezentantului legal/insoțitorului			
Martorul/i			
Translator (după caz)			

- Dacă pacientul refuză tratamentul cu aplicarea transfuziei de produse sanguine se va completa formularul de refuz, de **către pacient** cu semnarea acestuia și de către **persoana care a fost implicată în informare**.

Legea Nr. 263-XVI din 27.10.2005, Articolul 5, punctul j

Acordul informat pentru anestezie

- In cazul necesității efectuării anesteziei medicul anesteziolog va informa pacientul despre tehnica anestetică cea mai potrivită, condițiile de modificare ale acesteia precum și riscurile și complicațiile anesteziei.
- Acordul pacientului la anestezie trebuie să fie documentat în fișa medicală de observație.

Refuzul pacientului (la spitalizare, investigații, tratament)

- Dacă pacientul refuză spitalizarea, efectuarea investigațiilor sau tratamentului, se va completa **"Refuzul pacientului", DE CĂTRE PACIENT** cu semnarea acestuia și de către persoana (medic, asistent medical, registrator) care a fost implicată în informare.

REFUZUL PACIENTULUI
IMSP Spitalul Clinic Republican "Timofei Moșneaga"

Eu, *subsemnatul*, în calitate de:
pacient

nume, prenume

prin prezenta confirm că mi s-a explicat starea sănătății mele și prezența indicațiilor pentru _____

Eu _____ am _____ refuzat _____

din cauza riscurilor ce țin de această procedură.

Eu am înțeles conținutului acțiunilor medicale de mai sus, riscul ce ține de ele, complicațiile posibile îmi sunt cunoscute.

Mie mi s-au explicat posibilele consecințe ale refuzului, pe care mi le asum.
Refuzul este confirmat prin semnătura mea.

Data _____ Semnătura pacientului _____

Confirm, ca eu am explicat pacientului caracterul, scopul, beneficiile și riscurile care pot apărea în cazul refuzului.

Data _____ Semnătura medicului _____

Активация

Ce urmează după instruire?

- Instruirea în cascadă la locul de lucru, contra semnătură
 - Testarea angajaților – pentru evaluarea cunoștințelor
 - Monitorizarea zilnică a implementării și aplicării în practică
-
- Audit intern periodic de monitorizare a implementării POS: DP-02



**Șeful de
subdiviziune**

**SMC serviciilor
medicale**