

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PACIENT

Subsemnata/ul.....

CNP:

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

sunt de acord să urmez tratamentul specific recomandat de către Medicul Curant și avizat de comisia de experți de la nivel CNAS
/comisia de la nivel CAS.

Am fost informat/ă asupra importanței, efectelor și consecințelor administrării terapiei recomandate, dar și asupra necesității
monitorizării și reevaluării periodice. Mă declar de acord cu instituirea tratamentului recomandat precum și a tuturor examenelor clinice,
de laborator și imagistice necesare monitorizării și reevaluării patologiei mele, în vederea unei conduite terapeutice eficiente.

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

Mă angajez să ridic medicația la timp și să mi-o administrez conform schemei de tratament recomandată sau să mă prezint,
conform programării pentru tratament, la unitatea desemnată.

Mă oblig să notific Casei de Asigurări, în termen de 7 zile, orice eventuala schimbare a medicului de familie dar și modificările
survenite în ceea ce privește datele mele personale, datele de contact, alte date legate de patologia mea, precum și intenția de a renunța
la tratament sau intenția de a mă reloca în altă țară.

Acolo unde este cazul, îmi asum toate consecințele neinformării medicului asupra faptului că sunt gravidă fiind conștientă de
faptul că medicația recomandată poate să-mi afecteze sarcina sau poate avea efect teratogen cunoscut în primele 3 luni de sarcină.

Sunt de acord *:

- ☐ ca datele mele personale și de boală să fie înscrise în baza de date a casei de asigurări de sănătate la care sunt luat/ă în
evidență și să fie procesate în vederea îmbunătățirii schemelor, procedurilor și metodelor de diagnostic și tratament.
- ☐ să răspund unui chestionar de evaluare a satisfacției asiguraților privind calitatea serviciilor medicale furnizate.

** se va bifa în cazul în care se exprimă acordul; dacă nu este de acord, nu se va bifa.*

Medicul de familie :

Nume/prenume.....str....., nr., bl., sc., et., ap., sect.....,
localitatea....., județ....., telefon fix....., telefon mobil....., email.....

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 ☐

Nume/Prenume (completați cu majuscule):

Data:

Semnătura pacientului:

Semnătura aparținătorului:

Dosarele bolnavilor trebuie să cuprindă:

1. Pentru inițierea tratamentului:

- referatul de justificare, parafat și semnat de medicul coordonator teritorial; - datele de identitate ale bolnavului inclusiv adresă și telefon;
- investigațiile care susțin diagnosticul:
 - electroforeza hemoglobinei pacientului și a părinților;
 - feritină serică recentă (în decursul lunii precedente depunerii dosarului);
- probe biologice recente (în decursul lunii precedente depunerii dosarului):
 - creatinină serică
 - clearance de creatinină
 - transaminaze serice
 - proteinurie
- ecografie abdominală și ecocardiografie efectuate în ultimele 3 luni;
- înălțime și greutate pentru copii(sub 12 ani) și adolescenți(12-16 ani);
- examen oftalmologic și examen ORL;

2. Pentru continuarea tratamentului (la fiecare 6 luni):

- referatul de justificare
- tabel cu urmărirea datelor de laborator(monitorizarea săptămânală în prima lună de tratament a creatininei serice, clearance de creatinină, transaminaze sau după modificarea dozei, și lunară, în următoarele luni, până la depunerea dosarului), feritină serică la 1 lună de la începerea tratamentului și apoi trimestrial;
- tabel cu doza inițială și ajustarea dozei de EXJAD (data, mg/kgc, mg/zi, număr de tablete ce trebuie luate zilnic, pe tip de tabletă(125mg, 250mg sau 500mg);
- la împlinirea unui an de la începerea tratamentului se notează înălțimea și greutatea la copii (sub 12 ani) și adolescenți (12-16 ani); ecografie abdominală, ecocardiografie, examen oftalmologic și examen ORL

Dr. Florentina Vlădăreanu
Coordonator Program

1. - **COPIE DUPA ACTUL DE IDENTITATE SI DATE DE CONTACT (INCLUSIV NUMERE DE TELEFON LA CARE POATE FI CONTACTAT PACIENTUL SAU APARTINATORII)**
2. - **CONSIMȚĂMÂNTUL PACIENTULUI sau APARTINĂTORILOR (formularul) semnat (de pacient sau aparținători) se va anexa dosarului atât la inițiere cât și la fiecare continuare a tratamentului.**
3. - **dosarul pentru INIȚIEREA tratamentului cu EXJADE trebuie să conțină obligatoriu și Adresă din partea spitalului (cu ștampila spitalului, semnatura managerului general, a directorului economic, a sefului de secție) în care să se precizeze faptul că spitalul dispune de fondurile bănești necesare susținerii tratamentului pacientului (pacienților) până la sfârșitul anului.**