

## CONSIMȚĂMÂNT PACIENT

**Subsemnata/ul**.....,

**CNP\*:**

(\*se completează CNP-ul părintelui sau aparținătorului)

Domiciliat/ă în str....., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....,  
sector....., localitatea....., județul....., telefon.....,  
în calitate de reprezentant legal al copilului .....  
diagnosticat cu .....  
sunt de acord să urmeze 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 urmeze instrucțiunile medicului curant, să răspund la întrebări și să semnez 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 / părintelui sau aparținătorului (completați cu majuscule):

.....

Data:

Semnătura pacientului / părintelui sau aparținătorului: