

Documentația privind evidența activității de îngrijiri medicale acordate prin cabinetele de îngrijiri medicale independente

FURNIZOR

Adresa

Telefon/Fax

I. FIȘĂ DE EVIDENȚĂ a materialelor sanitare utilizate

Numele și prenumele pacientului:

[illegible]

Confirm că materialele sanitare utilizate în îngrijirile medicale acordate sunt de unică folosință și că au fost respectate normele de igienă și asepsie.

Asistent medical,
.....
Semnătură și parafă
.....

Semnătură pacient
.....

FURNIZOR

Adresa

Telefon/Fax

II. FIȘĂ DE ÎNGRIJIRI MEDICALE

Nr.

Numele și prenumele					
CNP					
Adresa					
Ocupația					
Data			Ora		
Modalitate de prezentare: ☐ cu bilet de trimitere ☐ proprie inițiativă					
Medicul care trimite:			Medic de familie:		
Diagnostic medical:					
Alergii: ☐ NU ☐ DA La:					
Tratamente în curs:					
Medicație	Frecvență	Ultima doză - ora	Medicație	Frecvență	Ultima doză - ora
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		
Istoricul pacientului/familiei					

Istoricul pacientului (afecțiuni majore, operații majore, răni grave), inclusiv sarcini	
1.	3.
2.	4.
Stil de viață	
☐ Fumător /zi ☐ Alcool /zi D Greutate ☐ Exerciții fizice periodice ☐ Obiceiuri alimentare ☐ nr. ore de somn/noapte ☐ Consum zilnic de fructe, legume	
Istoricul familiei: ☐ Afecțiuni cardiace ☐ AVC ☐ HTA ☐ Astm bronșic ☐ Tuberculoză ☐ Diabet	
☐ Cancer ☐ Afecțiuni renale ☐ Alergii ☐ Epilepsie ☐ Boli ale sângelui ☐ Boli psihice ☐ Altele	

Asistent medical,

 Semnătură și parafă

Semnătură pacient

III. FIȘĂ DE ÎNGRIJIRI MEDICALE

Numele și prenumele pacientului

Nr. crt.	Servicii de îngrijiri medicale furnizate	Data	Ora	Numele și prenumele asistentului medical care a efectuat serviciul de îngrijiri medicale	Semnătura asistentului medical	Semnătura pacientului	Medic Semnătură Parafă*	Observații
1	2	3	4	5	6	7	8	9

*) Se va completa în cazul serviciilor de îngrijiri medicale delegate care pot fi furnizate în condițiile în care un medic să poată interveni în orice moment, precum și pentru serviciile furnizate numai în prezența unui medic, conform anexei [nr. 1](#) la normele metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și asistent medical în regim independent.

Măsurarea funcțiilor vitale

	Data		Data		Data		Data		Data		Data	
	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S
- TA												
- temperatura												
- puls												
- respirație												

IV. FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

Subsemnatul,, domiciliat în, legitimat cu B.I./C.I. seria nr., în calitate de:

1. pacient;

2. reprezentant legal al pacientului (în cazul în care pacientul este în incapacitate de a decide, nu are discernământ), m-am prezentat liber de orice constrângere și am solicitat furnizarea următoarelor servicii de îngrijire medicală:

.;

.;

.;

.

Mi s-au adus la cunoștință de către asistentul medical prin explicații suficiente, într-un limbaj clar, respectuos și pe înțelesul meu, următoarele:

- tehnicile și/sau manevrele de îngrijire și/sau tratament ce se vor efectua;
- natura, scopul și beneficiile intervențiilor medicale;
- riscurile și consecințele refuzării sau întreruperii intervenției medicale;
- riscurile în general acceptate ale metodelor de îngrijire și tratament.

Am cunoștință că am dreptul să refuz sau să opresc o intervenție medicală asumându-mi răspunderea pentru decizia mea. Consimt ca personalul medical al cabinetului de îngrijire medicală să efectueze toate tehnicile și/sau manevrele de îngrijire și/sau tratament necesare în vederea furnizării serviciului medical de îngrijire solicitat, în contextul legal al unei practici medicale corecte, cu excepția celor în legătură cu care, în mod expres, îmi exprim dezacordul.

În cazul în care în timpul intervenției medicale apar situații și condiții neprevăzute, care impun proceduri suplimentare față de cele descrise mai sus ca

fiind acceptate de către mine, accept ca personalul medical să acționeze în baza pregătirii sale profesionale, în consecință, doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale și numai în interesul meu personal și înspre binele meu.

Am luat cunoștință că datele personale sunt păstrate în registrul de evidență al cabinetului, sunt arhivate și sunt utilizate la întocmirea raportărilor statistice către instituțiile abilitate; aceste date sunt confidențiale și nu vor fi furnizate în alte scopuri, fără avizul meu.

În consecință și în condițiile precizate, îmi dau liber și în cunoștință de cauză consimțământul la intervențiile medicale solicitate.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și, ca urmare, le semnez.

Data

Semnătura pacientului/
Reprezentantului legal
.....

Asistent medical,
.....
Semnătura și parafa
.....

Facultativ:

Subsemnatul,, legitimat cu BI/CI seria nr., eliberat de, la data de, CNP, în calitate de martor, confirm că prezentul formular de consimțământ a fost completat în prezența mea și a fost semnat de pacient fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

FURNIZOR

Adresa

Telefon/Fax

V. INFORMARE

asupra îngrijirilor medicale furnizate

Domnule/Doamnă Dr., vă informăm că pacientul(a) dumneavoastră CNP, s-a adresat cabinetului de îngrijiri medicale independent, la recomandarea/din proprie inițiativă, pentru furnizarea următoarelor servicii de îngrijiri medicale:

-
-
-

Perioada de îngrijire a fost de: zile.

Evoluția pacientului în urma serviciilor de îngrijiri primite:

.....

Calea de transmitere: - prin pacient □ prin poștă □

Asistent medical,
.....
Data Semnătură și parafă
.....

FURNIZOR
Adresa
Telefon/Fax

VI. REGISTRU DE EVIDENȚĂ A SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE
Anul

[illegible]