

ellostro F-12

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
IMSP Spitalul Clinic Municipal de Copii „Valentin Ignatenco”

Acord informat pentru efectuarea testului HIV

Eu, subsemnatul/a _____
(nume, prenume)
reprezentantul legal al pacientului _____
(nume, prenume)

prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) pentru prelevarea de sânge în scopul efectuării testului HIV.

Medicul curant mi-a explicat motivele pentru care se recomandă testarea la HIV, cu indicarea cifrului _____, cât și beneficiile clinice și profilactice ale testării, cu furnizarea informațiilor complete privind infecția HIV, căile de transmitere, metodele de profilaxie, tratamentul existent, precum și procedura de testare și semnificația rezultatelor posibile.

Medicul m-a informat despre serviciile oferite în caz de rezultat 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 cu privire la efectuarea și rezultatul testului HIV.

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

Semnătura reprezentantului legat _____

Confirm că pacientul a fost consiliat, că am explicat scopul, beneficiile și riscurile procedurii de testare.

Data _____

Semnătura medicului _____