

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE  
AL REPUBLICII MOLDOVA

IMSP SR Criuleni

Secția \_\_\_\_\_

Salonul \_\_\_\_\_

FIȘA MEDICALĂ  
A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR

Nr. \_\_\_\_\_

Numele \_\_\_\_\_

Prenumele \_\_\_\_\_

Patronimicul \_\_\_\_\_

Medicul curant \_\_\_\_\_

Internat \_\_\_\_\_

Externat \_\_\_\_\_



IMSP SA Crăieni

Sala nr. \_\_\_\_\_

Secția \_\_\_\_\_

FIȘA MEDICALĂ

A BOLNAVULUI DE STAȚIONAR

Control la pediculoză (f 132) parțială

Prelucrarea sanitară completă,

Data \_\_\_\_\_

S-a efectuat la data \_\_\_\_\_

Control la scabie (f 133)

Data \_\_\_\_\_

As. med. de gardă \_\_\_\_\_

Hepatita virală \_\_\_\_\_

Cu regimul spitalicesc sunt cunoscut(ă), în caz de încălcare voi fi externat(ă)

Data \_\_\_\_\_

Semnătura bolnavului(ei) \_\_\_\_\_











34. Intervenția chirurgicală principală.....

.....

.....

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*cod intervenție chirurgicală*

35. Începutul intervenției chirurgicale principale: ziua 

--	--

 luna 

--	--

 anul 

--	--	--	--

 ora 

--	--	--

36. Sfârșitul intervenției chirurgicale principale: ziua 

--	--

 luna 

--	--

 anul 

--	--	--	--

 ora 

--	--	--

37. .... IDNP medic 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
*semnătura și parafa medicului operator principal*

38. Transfer intraspitalicesc:

Secția	Data intrării (cu oră)	Data ieșirii (cu oră)	Nr. zile spitalizate

39. Pentru internați la expertiză – concluzia.....

.....

.....

.....

40. Alte intervenții chirurgicale, proceduri medicale și explorări funcționale

<i>denumirea</i>	<i>cod intervenție, procedură sau explorare</i>	<i>nr.</i>										
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		







## ACORDUL INFORMAT LA INTERVENȚIA MEDICALĂ

Instituția medico-sanitară publică \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ caracterul și scopul cărora mi-au fost explicate și propuse de către medicul, \_\_\_\_\_

Eu am fost informat și am înțeles că aceste metode sunt efectuate prin utilizarea dispozitivelor (aparaturilor) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ special destinate metodelor propuse de diagnostic/tratament. Procedurile vor fi efectuate la recomandarea medicului de către asistentele medicale, special pregătite în acest domeniu.

În cadrul efectuării procedurilor de tratament eu voi fi conectat la aparatul (dispozitivul) medical prin intermediul \_\_\_\_\_ și voi avea senzații \_\_\_\_\_

*(vibrație, mici înțepături, căldură, caracteristice acestor forme de tratament).*

Mie mi s-a explicat despre 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.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura pacientului (reprezentantului legal) \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Semnătura medicului \_\_\_\_\_







































