

denumirea instituției medico-sanitare – наименование учреждения здравоохранения

FIȘA MEDICALĂ A BOLNAVULUI DE AMBULATOR nr. _____
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

Numele _____
Фамилия

Prenumele _____
Имя

Numărul de identificare _____
Идентификационный номер

Sex M / F Data nașterii _____ Telefon: domiciliu/serviciu _____
Пол М / Ж Дата рождения _____ zăua, luna, anul _____
число, месяц, год Телефон: домашний/служебный

Adresa _____
Адрес

Locul de muncă, studii _____
Место работы, учебы denumirea întreprinderii, instituției – наименование предприятия, учреждения

Profesia, funcția _____ Persoană întreținută _____
Профессия, должность Иждивенец

Polița de asigurare seria _____ număr _____
Страховой полис серия номер

Consimțământul
pacientului privind obținerea, păstrarea, prelucrarea și protecția datelor lui personale,
elaborat conform art.5, art.6 și art.7 din Legea privind protecția datelor
cu caracter personal nr. 133 din 08.07.2011

Eu, subsemnata _____ prin prezentul îmi exprim acordul
ca IMSP CS _____ să colecteze, să prelucreze, să păstreze și să furnizeze datele mele
personale în scopul îndeplinirii obligațiilor de serviciu care îi revine lucrătorului medical
conform legii.

Datele personale ce se referă la mine pot fi prelucrate în scopuri de stabilire a diagnosticelor
medical, de administrare a unor îngrijiri sau tratamente sau de gestionare a serviciilor de sănătate,
de medicină preventivă care acționează în interesul meu sau prelucrarea este necesară pentru
protecția sănătății publice, precum și în scopul examinării cererilor depuse de mine în alte instanțe.

Am fost informat despre drepturile mele, în calitate de subiect de date cu caracter personal,
prevăzute de capitolul III "Legea privind protecția datelor cu caracter personal nr. 133 din
08.07.2011".

Semnat de mine personal

Data _____

Semnătura _____

- 1 -

Capitolul III

DREPTURILE SUBIECTULUI DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Informarea subiectului datelor cu caracter personal

(1) În cazul în care datele cu caracter personal sînt colectate direct de la subiectul datelor, operatorul sau persoana împuternicită de către operator este obligată să-i furnizeze următoarele informații, exceptînd cazul în care acesta deține deja informațiile respective:

- 1) identitatea operatorului sau, după caz, a persoanei împuternicite de către operator;
- 2) scopul prelucrării datelor colectate;
- 3) informații suplimentare, precum:

a) destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor cu caracter personal;

b) existența drepturilor de acces la date, de intervenție asupra datelor și de opoziție, precum și condițiile în care acestea pot fi exercitate;

c) dacă răspunsurile la întrebările cu ajutorul cărora se colectează datele sînt obligatorii sau voluntare, precum și consecințele posibile ale refuzului de a răspunde.

(2) În cazul în care datele cu caracter personal nu sînt colectate direct de la subiectul datelor, operatorul sau persoana împuternicită de către operator este obligată ca, în momentul colectării datelor sau, dacă se intenționează dezvăluirea acestora către terți, cel mai tîrziu în momentul primei dezvăluiri, să furnizeze subiectului datelor cu caracter personal informația privind categoriile de date care urmează a fi colectate sau dezvăluite, precum și informațiile indicate la alin.

(1), cu excepția pct. 3) lit. c).

(3) Prevederile alin. (2) nu se aplică în cazul în care:

a) subiectul datelor cu caracter personal deține informațiile respective;

b) prelucrarea datelor cu caracter personal se face în scopuri statistice, de cercetare istorică sau științifică;

c) furnizarea informațiilor este imposibilă sau implică un efort disproporționat față de interesul legitim care ar putea fi lezat;

d) înregistrarea sau dezvăluirea datelor cu caracter personal este prevăzută în mod expres de legislație.

Acordul informat la intervenția medicală

ANEXA nr. 3
la Ordinul Ministerului Sănătății
nr.303 din 06 mai 2010

Eu, subsemnatul prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) la procedurile de diagnostic/tratament prin metodele indicate în ***Lista intervențiilor medicale pentru consimțământul informat***, caracterul și scopul cărora mi-au fost explicate și propuse de către medic.

Eu am fost informat și am înțeles că aceste metode sunt efectuate prin utilizarea dispozitivelor (aparaturilor) specificate în ***Lista intervențiilor medicale pentru consimțământul informat*** și destinate metodelor propuse de diagnostic/tratament. Am fost prevenit despre senzațiile pe care le voi avea în timpul procedurilor. Procedurile vor fi efectuate la recomandarea medicului de către asistentele medicale, special pregătite în acest domeniu.

În cadrul efectuării procedurilor de tratament, eu voi conecta la aparatul (dispozitivul) medical cu specificarea modalității în ***Lista intervențiilor medicale pentru consimțământul informat***, și voi avea senzații de vibrație, mici înțepături sau 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.

În funcția de medic, am explicat pacientului caracterul, scopul, beneficiile și riscurile procedurilor descrise și confirm aceasta prin semnătura în ***Lista intervențiilor medicale pentru consimțământul informat***.

- 3 -

Lista intervențiilor medicale pentru consimțământul informat

Data	Intervenția medicale/ Instituția	Specificări	Semnătura pacientului (reprezentantului legal)	Semnătura medicului

(- 4 -



for the first time

[illegible]

Datele examinărilor medicale profilactice
Данные медицинских профилактических обследований

Anii Годе	20__	20__	20__	20__	20__	20__
Masa ponderală Вес						
Înălțimea Рост						
Tegumentele Кожные покровы						
Ganglionii limfatici Лимфатические узлы						
Glandele mamare Молочные железы						
Glanda tiroidă Щитовидная железа						
Tensiunea arterială Артериальное давление						
Tensiune intraoculară Внутриглазное давление						
Microcardiografia cutiei toracice Флюорография грудной клетки						
Reacția MRS Реакция MRS						
Glucosa sîngelui Сахар крови						
Colesterolul Холестерол						
Tușeul rectal Ректальное исследование						
Examenul ginecologic profilactic, inclusiv investigația citologică Профилактический гинекологический осмотр, в т.ч. цитологическое исследование						

6