

ACORD PENTRU INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ

Subsemnatul

CNP

Domiciliat în.....

În calitate de pacient al Centrului de Urologie Dr. Mitroi SRL

1. Autorizez prin prezenta pe DR.MITROI GEORGE și colaboratorii săi pentru a efectua următoarea procedură: **CISTOSCOPIE**

Am primit toate informațiile cerute despre procedură. Informațiile au fost formulate pe înțelesul meu și am primit răspuns la toate întrebările formulate.

2. Am fost informat asupra posibilelor efecte adverse ale procedurii – usturimi la urinare, micțiuni frecvente, hematurie, durere locală.

3. Sunt de acord cu administrarea de aneștize considerate că sunt necesare sau recomandate. Am înțeles că orice formă de aneștie implică un risc și posibilitatea apariției complicațiilor.

4. Recunosc faptul că nu am primit nici o garanție în ceea ce privește rezultatele care pot fi obținute.

5. Sunt de acord să fie preluate imagini statice sau în mișcare, în timpul și după procedură, pentru scopuri medicale, științifice sau educaționale, cu condiția ca identitatea mea să nu fie dezvăluită de imagini.

6. Sunt de acord cu utilizarea de produse din sânge considerate necesare de către chirurgul meu și eu sunt conștient că există riscuri potențiale semnificative pentru sănătatea mea odată cu utilizarea lor.

7. Înțeleg ca cistoscopia este o procedură de diagnostic și nu una terapeutică.

8. MI-A FOST EXPLICAT ÎNTR-UN MOD ÎN CARE SĂ ÎNȚELEG:

a. TRATAMENTUL DE MAI SUS SAU PROCEDURA CĂREIA TREBUIE SĂ MĂ SUPUN;

b. POT EXISTA PROCEDURI SAU METODE ALTERNATIVE DE DIAGNOSTIC;

c. EXISTĂ RISCURI LA PROCEDURĂ SAU TRATAMENTUL PROPUȘ.

CONSIMT LA TRATAMENTUL SAU PROCEDURA PROPUȘĂ ȘI LA PUNCTELE DE MAI SUS(1-8). SUNT DE ACORD CU EXPLICAȚIILE.

Pacientul sau persoana autorizată să semneze pentru pacient

Data _____ Semnătura _____ Martor _____