CONSILIUL LOCAL SECTOR 2
DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI SECTOR 2
CENTRUL DE SERVICII DE RECUPERARE NEUROMOTORIE DE TIP AMBULATORIU
Șoseaua Pantelimon nr.301 Tel: +(40770)800.197

# ACORD INFORMAT AL PACIENTULUI

conform art. 660 din Legea Nr. 95/2006 actualizată

1. Numele și prenumele pacientului:.....
   CNP.....Telefon.....
2. Numele și prenumele reprezentantului legal.....
   CNP.....Calitatea.....
3. **Actul medical**: consultație medic de specialitate, stabilire obiective și aplicare schema de tratament individualizat conform Planului Personalizat.
4. **Au fost furnizate pacientului următoarele informații cu privire la actul medical:**
   - Diagnosticul de stare prezentă, stabilirea și aplicarea schemei de tratament individualizat.
   - Procedurile și strategia terapeutică propuse: electroterapie de joasă și medie frecvență, terapie cu înaltă frecvență, ultrasunete , LT, MDF, DL, termoterapie; Kinetoterapie individuală și Masaj terapeutic
   - **Beneficiile și consecințele actului medical**, insistându-se asupra: combaterea acuzelor algice, corectarea posturilor și schemelor de mișcare vicioase, creșterea forței și rezistenței la efort, folosirea eficientă a restantului funcțional.
   - **Riscurile potențiale ale actului medical**, insistându-se asupra următoarelor: comunicare deficitară cu terapeutul, intoleranță la unele proceduri de fizioterapie, intensificarea durerilor, suprasolicitare la efort
5. **Riscurile neefectuării tratamentului**: agravarea durerilor și a deficitului funcțional, necesitatea protezării, dependența de cărucior rulant, scăderea autonomiei
6. **Riscurile nerespectării recomandărilor medicale**: rezultate nesatisfăcătoare în urma tratamentului, reapariția acuzelor dureroase și scăderea autonomiei pacientului
7. **Informații despre regulile din unitate, pe care trebuie să le respecte pacientul**: respecta orele de prezentare la tratament stabilite; respectă regulile de igienă personală; are un comportament civilizat față de personalul din centru și față de ceilalți beneficiari; comunică prompt medicului orice simptome nou apărute / orice nemulțumire cu privire la tratamentul aplicat.
8. Pacientul a fost informat că are dreptul la o a doua opinie medicală.
9. **Pacientul revine la control peste 6 luni sau la nevoie.**

Declar că am înțeles toate informaţiile furnizate de către medic și terapeuți enumerate mai sus, că am prezentat medicului/ terapeuților doar informații adevărate și îmi exprim acordul / refuzul informat pentru efectuarea tratamentului recomandat.

Semnătura.....

Data.....

Strada Olari nr.15 (fost 11-13), Sector 2, București
Tel: +(4021) 252.22.02; Fax: +(4021) 252.22.17
Email: social@social2.ro
www.social2.ro