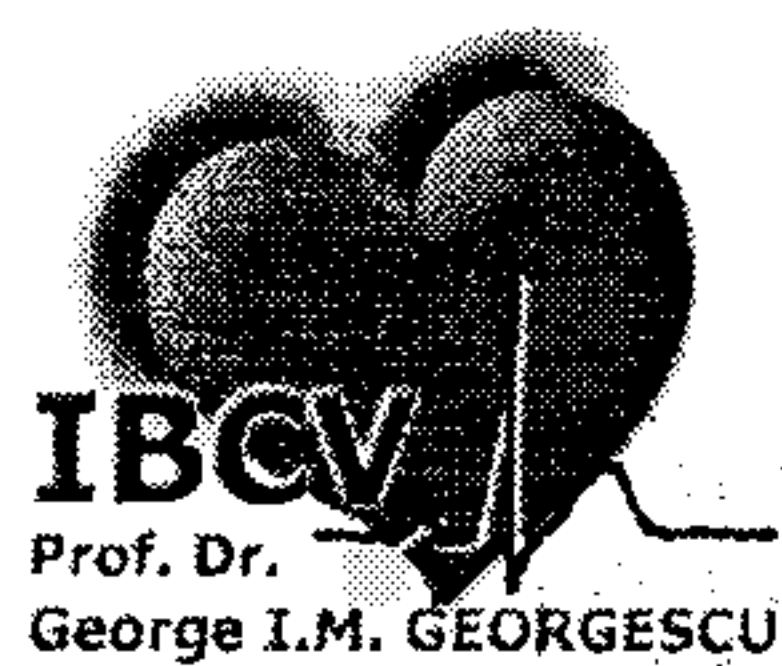


INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE "Prof. Dr. George I.M. Georgescu" IAȘI



700503 , Iasi , Bulevardul Carol I , nr. 50, Cod fiscal: 8615184  
Tel./Fax: +40 (0232) 261086, +40 (0232) 410280  
e-mail: ibciasi@gmail.com, site: www.cardioiasi.ro,  
operator date cu caracter personal nr.11644



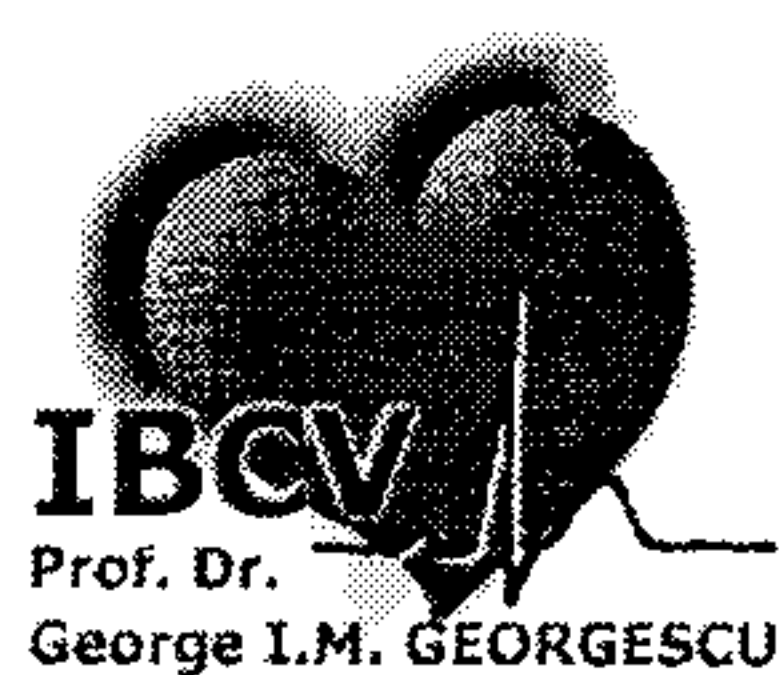
**Notă internă**

**Privind oferirea de informații medicale care pot fi transmise către aparținători**

Având în vedere respectarea prevederilor legale în vigoare cu privire la „Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale”, la nivelul institutului se hotărăsc următoarele:

1. Fiecare pacient internat va completa în foaia de internare „Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale” numele și prenumele persoanei(persoanelor) căreia i se vor putea comunica telefonic date privind starea de sănătate și datele medicale, precum și gradul de rudenie cu această persoană (persoane).
2. Nu se vor comunica informații medicale niciunei alte persoane care nu este menționată în Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale.
3. Persoana care solicită telefonic informații medicale privind un pacient are obligația să se identifice telefonic prin:
  - ✓ Nume și prenume
  - ✓ Gradul de rudenie cu persoana internată
4. Persoana care solicită telefonic informații medicale privind un pacient are obligația să specific (pentru identificarea corectă a pacientului):
  - ✓ numele și prenumele pacientului
  - ✓ data nașterii pacientului
5. Categoriile de informații medicale care pot fi transmise telefonic de către medic sunt:
  - ✓ informații precise despre rezultatul investigațiilor/diagnostic/evoluție/tratament
  - ✓ informații despre momentul externării
  - ✓ informații despre posibile transferuri în alte secții sau în alt spital

INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE "Prof. Dr. George I.M. Georgescu" IAȘI



700503 , Iasi , Bulevardul Carol I , nr. 50, Cod fiscal: 8615184  
Tel./Fax: +40 (0232) 261086, +40 (0232) 410280  
e-mail: ibciasi@gmail.com, site: www.cardioiasi.ro,  
operator date cu caracter personal nr.11644



✓ informații despre degradarea stării de sănătate a pacientului

✓ informații despre deces

6. Categoriile de informații medicale care pot fi transmise telefonic de către asistentul medical sunt:

✓ informații despre momentul externării

✓ informații despre posibile transferuri în alte secții sau în alt spital

✓ informații administrative despre deces

7. În condițiile în care în foaia de internare, pacientul nu dorește să treacă nicio persoană, iar pacientul nu își exprimă acordul de a permite accesul altei persoane la datele cu caracter confidential privind starea de sănătate (prin completarea „Acordului pacientului privind comunicarea datelor medicale personale”) medicul sau asistentul medical pot oferi informații legate de:

✓ anunțul decesului pacientului

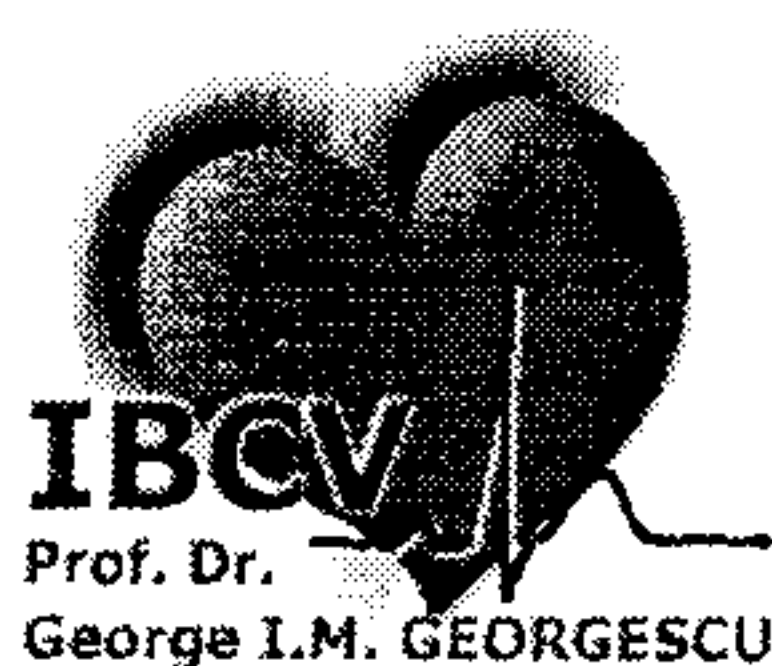
✓ anunțul transferului în altă unitate medical sau în altă secție decât cea în care pacientul a fost internat inițial

8. Personalul medical auxiliar (infirmieri, brancardieri, orice altă categorie) NU poate oferi informații medicale aparținătorilor.

9. În cazul în care pacientul nu are capacitatea de a-și exprima consimțământul, persoana care însoțește pacientul va consemna în „Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale” persoana căreia i se vor putea comunica telefonic date privind starea de sănătate și date medicale, precum și gradul de rudenie cu această persoană

Director medical,  
Dr. Cristea Carmen

INSTITUTUL DE BOLI CARDIOVASCULARE "Prof. Dr. George I.M. Georgescu" IAȘI



700503 , Iasi , Bulevardul Carol I , nr. 50, Cod fiscal: 8615184  
Tel./Fax: +40 (0232) 261086, +40 (0232) 410280  
e-mail: ibciasi@gmail.com, site: www.cardioiasi.ro,  
operator date cu caracter personal nr.11644



**Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale**

Subsemnatul, \_\_\_\_\_ (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal \_\_\_\_\_, îmi exprim acordul ca informațiile despre starea mea de sănătate și datele mele medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Subsemnatul, \_\_\_\_\_ (numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal \_\_\_\_\_, în calitate de reprezentant legal al pacientului\*) \_\_\_\_\_, îmi exprim acordul ca informațiile despre starea acestuia de sănătate și datele sale medicale să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

**Notă**

\*) Se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu.

Numele și prenumele persoanei/ persoanelor indicate de pacient/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)
1.	
2.	
3.	
Data ..../..../..... (semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru comunicarea datelor medicale personale ale pacientului reprezentat)	
Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei _____. Data .../.../..... (semnătura pacientului/reprezentantului legal care își exprimă retragerea acordului pentru comunicarea datelor medicale)	