

L'Hôpital Clinique d'Urgence pour Enfants Cluj – Napoca
ACCORD INFORMÉ DU PATIENT/PARENT/REPRÉSENTANT LÉGAL

Section/Département: _____

Données du patient/parent/représentant légal /: Je, le soussigné _____ domicilié en _____ identifié avec C.I. série _____ no. _____, en qualité de:

- patient** (seulement au cas du patient majeur)
- parent** du patient _____ âgé de __ ans __ mois, CNP du patient _____
- représentant légal** du patient _____ âgé de __ ans __ mois, CNP du patient _____, acte justificatif du représentant légal (ex: procuration no. _____)

Déclare que j'ai été renseigné par Dr. _____ sur:

L'acte médical (description): _____

Opération chirurgicale recommandée : _____

1. Les suivantes informations m'ont été fournies concernant l'acte médical (complétez au fur et à mesure que ces informations sont disponibles):

✓ Données sur l'état de sante	Oui	Non
✓ Suppositions de diagnostic / Diagnostic	Oui	Non
✓ Pronostic	Oui	Non
✓ Nature et objectif de l'acte médical proposé	Oui	Non
✓ Les interventions et la stratégie thérapeutique proposées	Oui	Non
✓ les bénéfices et les conséquences de l'acte médical	Oui	Non
✓ les potentiels risques de l'acte médical (y compris le risque infectieux) et les risques imprévisibles (y compris le moindre risque de décès)	Oui	Non
✓ Alternatives viables de traitement et leurs risques	Oui	Non
✓ les risques de ne pas effectuer le traitement	Oui	Non
✓ les risques de ne pas respecter les recommandations médicales	Oui	Non

2. D'autres informations fournies

✓ Informations sur les services médicaux disponibles	Oui	Non
✓ Informations sur l'identité et le statut professionnel du personnel qui le traitera* * identifié dans le tableau médical du personnel médical qui soigne le patient	Oui	Non
✓ Informations sur les règles de l'unité médicale, qu'il doit respecter – Le Règlement interne pour le patient/parent/représentant légal (reçu à l'hospitalisation)	Oui	Non
✓ le droit à une deuxième opinion médicale	Oui	Non

3. Si pendant l'intervention thérapeutique apparaissent des situations et conditions imprévisibles, qui exigent des procédures supplémentaires par rapport à celles décrites comme acceptées par moi (y compris la transfusion), j'accepte que le médecin désigné agisse sur la base de sa formation professionnelle, par conséquent, seulement si ces procédures-là sont absolument justifiées pour raisons médicales et seulement au bénéfice du patient et son bien-être.

Oui Non

L'Hôpital Clinique d'Urgence pour Enfants Cluj – Napoca
ACCORD INFORMÉ DU PATIENT/PARENT/REPRÉSENTANT LÉGAL

<p>4. J'ai été renseigné que le processus d'assistance médicale est doublé par le processus éducatif et je consens que, dans les limites imposées par la décence et le bon sens, je participe au processus éducatif, y compris en ce qui concerne les visites et les petits manœuvres effectués par le personnel en formation, lorsque ce cela n'affecte pas la qualité des soins médicaux. J'ai été renseigné que je peux refuser cela par principe or aux moments que je choisis, sans être obligé à donner des explications et sans que mes droits de patient soient affectés.</p> <p>Je suis d'accord avec la participation à l'éducation médicale, l'effectuation de la consultation médicale au but didactique par le personnel qui se trouve en processus éducatif et pour que les informations de spécialité sur mon état de sante soient utilisées dans le processus d'éducation et recherche.</p>	Oui	Non
<p>5. Je suis d'accord que les résultats des analyses effectuées pour établir le diagnostic et le traitement de la maladie actuelle soient utilisés pour les éventuelles études scientifiques élaborées dans la clinique, tout en respectant le droit de confidentialité du patient.</p>	Oui	Non
<p>6. À la suite de votre consentement, on fait une ponction veineuse à l'enfant par laquelle on extrait quelques ml de sang, en utilisant une aiguille qui lui sera introduite dans une veine. La zone où la ponction sera effectuée sera attentivement désinfectée avec alcool. On utilisera seulement des instruments stériles et d'unique utilisation et la procédure, qui durera seulement quelques minutes, sera effectuée par le personnel médical spécialisé. Pour votre sécurité comme dépendants, ayant en vue l'implication émotionnelle, pendant la réalisation de cette procédure-là, en certains cas, nous vous recommandons que vous n'assistiez pas à ces prélèvements. Il y a des situations où le patient d'âge tendre qui nécessite de tels prélèvements de preuves requiert une légère immobilisation effectuée à l'aide du personnel médical auxiliaire ou, en cas sélectionnés à l'aide d'un parent – cette immobilisation est nécessaire pour éviter de blesser l'enfant et pour que le prélèvement soit aussi rapide que possible et en conditions de sécurité pour le patient. Au contact avec le personnel médical ou à la vue de l'aiguille ou au moment de la ponction veineuse, l'enfant peut devenir agité, et à la suite de la douleur ressentie à la suite de piqure et l'émotion, certains enfants peuvent même présenter la syncope (lipothymie : un état de mal, avec le trouble des yeux, troubles passagers de la conscience, pâleur, transpirations avec la durée de quelques minutes, ensuite le patient retrouve ses esprits). Il y a également le risque d'un petit saignement au lieu de la ponction et la formation d'un hématome (ecchymose). Très rarement il y a le risque d'une infection locale : il arrive que la veine qui a été piquée devienne douloureuse et/ou la zone devienne rouge. Dans toutes ces situations-là, on agira avec maximum attention en vue de minimiser toute complication. De manière exceptionnelle, en fonction de la manière de déroulement de l'activité de laboratoire, on peut vous solliciter un nouvel prélèvement de sang. Également, ayant en vue l'âge tendre, la présence de la fièvre ou d'autres modifications de maladie de l'enfant, il peut arriver que le prélèvement de sang ne réussisse dès la première tentative, et exige des ponctions répétées des veines, parfois on appelle une autre assistante qui vienne au secours. Nous vous assurons que ces ponctions répétées seront faites le même jour, seulement si l'effectuation des analyses est absolument nécessaire (ex. la sévérité du cas, le besoin d'établir le traitement d'urgence, etc.) et avec maximum attention pour minimiser le dis confort de l'enfant.</p>		
<p>Je suis d'accord que l'on effectue au patient des investigations de laboratoire pour la précision du diagnostic (le cas échéant):</p>		
<p>✓ prélèvement de sang veineux (au besoin avec montage de cathéter veineux périphérique), artériel ou capillaire</p>	Oui	Non
<p>✓ prélèvement de l'exsudat pharyngien et/ou nasal</p>	Oui	Non
<p>✓ prélèvement du flegme</p>	Oui	Non
<p>✓ prélèvement de sécrétions : auriculaire, conjonctivale, vulvaire, de la plaie</p>	Oui	Non
<p>✓ prélèvement d'urine</p>	Oui	Non
<p>✓ prélèvement de selles</p>	Oui	Non
<p>Je suis d'accord que les produits biologiques soient gardés et utilisés pour les éventuelles analyses complémentaires.</p>		
<p>7. Je suis d'accord que le patient soit soumis aux examinations non-invasives pour préciser le diagnostic :</p>		
<p>8. Si l'administration de médicaments par voie veineuse se fait de manière répétée, pour une période plus longue de temps, il est nécessaire d'insérer une branule – un tube stérile, d'unique utilisation qui est monté dans une veine. Ayant en vue l'âge tendre, la présence de la fièvre ou d'autres modifications de maladie de l'enfant, il peut arriver que le montage de cette branule-là ne réussisse dès la première tentative et exige des ponctions répétées des veines, parfois on appelle une autre assistante qui vienne au secours. Nous vous assurons que ces ponctions répétées seront faites avec maximum attention afin de minimiser le dis confort de l'enfant.</p>	Oui	Non

L'Hôpital Clinique d'Urgence pour Enfants Cluj – Napoca
ACCORD INFORMÉ DU PATIENT/PARENT/REPRÉSENTANT LÉGAL

<p>Je consens et accepte le traitement administré par les voies indiquées par le médecin : digestive (buccale- y compris par sondage naso-gastrique ; rectale- suppositoires, solutions), respiratoire (aérosols), nasale (gouttelettes nasales), oculaire (gouttelettes dans le sac conjonctival), cutanée (crèmes, onguents), injectable (sous-cutané, intradermique, intramusculaire, intraveineux, vaccination); nutrition entérale sur la sonde naso-gastrique, nutrition parentérale. S'il sera nécessaire, je consens à l'effectuation du psychodiagnostique et l'évaluation logopédique et j'accepte l'intervention clinique du psychologue et/ou les manœuvres de kinésithérapie/physiothérapie.</p>						
<p>9. J'ai été renseigné que tout médicament peut avoir des effets advers, certains fréquents, d'autres rares, certains légers, d'autres sévères. Si j'accompagne mon enfant pendant l'hospitalisation, si de nouvelles manifestations apparaissent après le commencement d'un médicament, j'admetts que ma responsabilité est d'annoncer immédiatement le médecin courant ou de garde ou l'assistante médicale pour me dire si ces manifestations-là sont en relation avec le médicament, ce que l'on doit faire après et quelles sont les alternatives thérapeutiques.</p>					Oui	Non
<p>10. Je mentionne que j'ai dit au médecin tous les médicaments que le patient avait en son traitement, avant cette hospitalisation (y compris la médication anticoagulante ou antiagrégante plaquettaire) et ils sont :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>						
11. Effectuation d'investigations radiologiques		Date de l'accord	Signature			
1. Radiographie			Oui	Non		
2. tomographie computerisée			Oui	Non		
3. RMN			Oui	Non		
4. Autres _____			Oui	Non		
12. Effectuation des procédures d'investigation ou thérapeutiques invasives		Date de l'accord	Signature			
1.			Oui	Non		
2.			Oui	Non		
3.			Oui	Non		
<p>13. J'ai été renseigné que mon accord pour une certaine procédure/manœuvre peut être retiré par moi à tout moment de l'hospitalisation (avant d'effectuer la procédure/manœuvre) tout en m'assurant les risques qui dérivent de cette decision.</p>					Oui	Non
<p>14. Le patient/parent/représentant légal désire être renseigné sur l'état de santé du patient.</p>					Oui	Non
<p>15. J'exprime mon accord que les informations sur l'état de sante et les données médicales du patient soient communiquées aux personnes énumérées ci-dessous, ce qui est mon désir exprimer en pleine connaissance de cause :</p>						
Nom et prénom de la personne/des personnes indiquées par le patient/parent/représentant légal		Qualité de la personne (degré de parenté / autre relation)				
1.						
2.						
3.						

NOTE D'INFORMATION

Conformément aux exigences prévues dans le Règlement (UE) 2016/679 concernant la protection des personnes physiques concernant le traitement des données au caractère personnel et la libre circulation de ces données-là et d'abrogation de la Directive 95/46/CE (Règlement général sur la protection des données), L'Hôpital Clinique d'Urgence pour Enfants Cluj Napoca traite avec bonne foi et en conformité avec les dispositions légales en vigueur vos données personnelles qui sont : votre nom et votre prénom, domicile et code numérique personnel, téléphone, courriel, etc. (en plus toutes autres données que vous offrez), destinées à l'offre des services médicaux.

Nous respectons et assurons strictement le secret professionnel, nous respectons les règlements internes concernant la protection des données. Nous ne révélons les données que pour la réalisation de vos intérêts ou l'accomplissement des obligations légales. La confidentialité est pour nous pas seulement une obligation professionnelle, mais aussi une valeur essentielle.

L'objectif de la collection des données est en conformité avec les prévisions de la législation en vigueur. Nous révisons chaque année les données cueillies, en analysant à quelle mesure leur gardée est nécessaire aux objectifs mentionnés, à vos intérêts légitimes ou à l'accomplissement des obligations légales par l'hôpital. Les données qui ne sont plus nécessaires seront effacées.

Vos données au caractère personnel pourront être transmises, le cas échéant, aux collaborateurs externes de l'hôpital ou aux entités tierces. On n'effectue pas d'autres transferts de données personnelles à d'autres destinataires, sauf si nous avons cette obligation par la loi (par exemple : traitements effectués par les services financiers et fiscaux, la police, la justice, la sécurité sociale). Nous utilisons les moyens techniques adéquats pour le stockage des données en conditions de sécurité. Nous ne traitons pas des données aux objectifs secondaires incompatibles avec les objectifs pour lesquels nous les avons collectées.

Vous bénéficiez du droit d'accès, intervention, effacement, rectification et portage concernant les données que vous nous fournissez. Vous devez retenir qu'il peut y avoir des raisons qui empêchent l'effacement immédiat de vos données, par exemple, les périodes obligatoires d'archivage, actions pendantes, prétentions, exercice ou défense des droits légaux etc.

Je déclare que j'ai été renseigné en relation avec le traitement de mes données personnelles par L'Hôpital Clinique d'Urgence en conformité avec les prévisions de la législation (Règlement no. 679/2016) pour la protection des personnes physiques concernant le traitement des données au caractère personnel et la libre circulation de ces données-là.

Je certifie que j'ai lu, compris et j'accepte pleinement ci-dessus et par la suite je donne :

MON ACCORD

MON REFUS

Pour l'effectuation de l'acte médical.

Je m'oblige à renseigner le parent absent sur cet accord.

Date: ____ / ____ / ____ Heure: _____

Signature du patient/parent/représentant légal

Signature du médecin qui a fait le renseignement _____

L'Hôpital Clinique d'Urgence pour Enfants Cluj – Napoca
ACCORD INFORMÉ DU PATIENT/PARENT/REPRÉSENTANT LÉGAL

Tableau du personnel médical qui soigne le patient		
No.crt.	Nom et prénom	Statut professionnel
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

L'Hôpital Clinique d'Urgence pour Enfants Cluj – Napoca
ACCORD INFORMÉ DU PATIENT/PARENT/REPRÉSENTANT LÉGAL

Je, soussignée, Toşa Georgeta, traducteur juré avec le numéro 9375/2003, certifie l'exactitude de la traduction en français avec le document authentique , en copie légalisée , en photocopie , en télécopie , sous signature légalisée , sous signature privée , en extrait en roumain, qui a été visé par moi.

Persoană fizică
TOSA GEORGETA 
Traducător autorizat engleză-franceză
Autorizația nr. 9375/31.07.2003

F3 – PO – SMC - 04

Sur la base de la Loi *no. 46 de 21 janvier 2003* (*mise à jour*) et *L'Ordre no. 1.410 de 12 décembre 2016*
sur l'approbation des Normes d'application de la Loi des droits du patient no. 46/2003