SPITAL DR. KARL DIEL JIMBOLIA

TIPUL INFORMATIILOR PE CARE LE POATE OFERI PERSONALUL MEDICAL DESPRE PACIENȚI

Protocolul priveste, functie de categoria de personal caruia i se cer informatii privind pacientul , reglementarea tipului de informatii pe care le putem oferi .

|  |  |
| --- | --- |
| Categoria de personal | Tipuri de informatii posibil a fi oferite telefonic |
| Medici | 1. Atunci cand medicul curant are o relatie de comunicare prestabilita cu apartinatorii pacientului internat si acordul scris al pacientului pentru oferirea de informatii apartinatorilor, atașat la foaia de observatie clinica generala ( nr contact telefon urgenta + Nume Prenume persoana abilitata de pacient pentru informatii personale)  * informatii precise despre evolutie/ diagnostic/ tratament/ * informatii despre momentul externarii * informatii despre posibile transferuri in alte sectii conform procedurii( conform procedurii) * informatii despre degradarea starii de sanatate a pacientului( conform procedurii) * informatii despre deces( conform procedurii)   b. Atunci cand pacientul nu si-a dat acord scris pentru informatii oferite apartinatorilor  - informatii telefonice despre degradarea starii de sanatate a pacientului ( conform procedurii)  - informatii despre posibile transferuri in alte servicii medicale decat Spitalul sau in alte sectii ale spitalului decat cea in care a fost internat ( conform procedurii)  - informatii despre decesul pacientului (conform procedurii) |
| Asistenti medicali | A.Atunci cand exista acordul pacientului pentru informatii oferite apartinatorilor ( Nume Prenume + Telefon urgenta)  - informatii despre momentul externarii  - informatii notificate de medicul curant, notate in foaia de observatie clinica generala ( eventuale necesitati suplimentare decat cele posibil a fi oferite de spital, necesitatea de a efectua investigatii in alt serviciu medical, etc)  - informatii despre decesul pacientilor  - informatii solicitate de pacient a fi transmise apartinatorilor  B. Atunci cand nu exista acordul scris al pacientilor privind oferirea de informatii apartinatorilor( Nume, prenume, numar de telefon urgenta al apartinatorului)  - anunt deces  - anunt transfer in alta unitate medicala sau alta sectie decat cea in care a fost internet pacientul initial |
| Infirmieri si brancardieri | - nu pot oferi informatii telefonice sau directe apartinatorilor |
| Ingrijitori de curatenie | - nu pot oferi informatii telefonice sau directe aparținatorilor |
| Orice alta categorie de personal angajat la Spitalul | - nu pot oferi informatii telefonice sau directe aparținatorilor |

Prezentul protocol se va difuza pe intranet pentru informarea tuturor angajatilor .

ÎNTOCMIT : VERIFICAT APROBAT

TODOR ISABELLA MARIA Dr. Ferdean Nicolae CIRLIG DANIELA

**BIROU MNG CALIT. DIRECTOR MEDICAL MANAGER**

**SPITALUL DR. KARL DIEL JIMBOLIA**

STR. CONTELE CSEKONICS NR. 4

TEL/ FAX : 0256- 360655 ; 360682

COD FISCAL 2 5 0 2 7 7 1

E-MAIL : spitaljimbolia@artelecom.net

Formular de exercitare a dreptului de acces la

datele cu caracter confidenţial ale pacientului

Subsemnatul, ........................................................., domiciliat în localitatea ........................................................, str. ............................................... nr. ...., bl. ...., sc. ..., ap. ...., sectorul/judeţul…………………………................., legitimat cu B.I./C.I. seria ...... nr. ......................, având CNP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ], în calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului .........................................................., având CNP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ]

|  |
| --- |
| Îmi exprim decizia, în conformitate cu art. 7 din Legea drepturilor pacientului <LLNK 12003 46 10 202 7 11>nr. 46/2003, să nu fiu informat în cazul în care informaţiile prezentate mi-ar cauza suferinţă.  Semnătura pacientului/reprezentantului legal ...............  Data ........ |

|  |
| --- |
| Îmi exprim opţiunea, în conformitate cu prevederile art. 9 din Legea drepturilor pacientului <LLNK 12003 46 10 202 9 11>nr. 46/2003, de a permite accesul la datele cu caracter confidenţial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei .........................................................., în calitate de .................................,  Nr. De Telefon …………………………………………….  Semnătura pacientului/reprezentantului legal ...............  Data ........ |

|  |
| --- |
| Nu sunt de acord să permit accesul altei persoane la datele cu caracter confidenţial privind starea mea de sănătate.  Semnătura pacientului/reprezentantului legal ...............  Data ........ |

|  |
| --- |
| Am retras accesul la datele cu caracter confidenţial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei .................. .    Semnătura pacientului/reprezentantului legal ...............  Data ........ |