ISO 9001
REGISTERED FIRM

SPITALUL ORĂŞENESC BUHUŞI
Buhuşi-605100, str. Văioagă nr.3, jud. Bacău Nr. Autoriz. funcţ.: 102/01. 09. 2010 ; C.I.F. 4187271
Certificat I.S.O. 9001:.Numar certificat 56336/A0001/UK/RO
Tel: 0234-262220 – centrala; Tel/Fax: 0234-261560 – secretariat;
e-mail: spitalbuhusi@gmail.com ; www.spitalbuhusi.ro

Nr. 6302 din 21.07.2015.

PROCEDURA DE INFORMARE A PACIENTILOR REFERITOR LA PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Scop: De a stabili etapele si responsabilitatile necesare pentru informarea pacientilor internati in Spitalul Orasenesc Buhusi cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal.

Definitii : Informarea pacientului consta in obligativitatea personalului medical desemnat sau abilitat de a da toate informatiile medicale pacientului internat si/sau apartinatorilor acestuia despre toate actiunile ce vor fi intreprinse in unitatea sanitara si despre rezultatele acestora.

Documente de referinta :

a. Legea drepturilor pacientului nr 46/ 2003
b. Legea nr. 677/ 2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, modificata si completata
c. Contractul Cadru si Normele de aplicare in cadrul asigurarilor sociale de sanatate din 2015
d. Legea sanatatii nr.95/2006, Titlul VII, Spitalul
e. Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Standardelor de acreditare

Descrierea procedurii:

1. Toate informatiile despre starea de sănătate a pacientului, despre conditia medicală, diagnostic, prognoză si tratament si toate informatiile cu caracter personal sunt păstrate confidential, chiar si după moarte.

2. Informatiile confidentiale pot fi divulgate doar dacă pacientul îsi dă consimtământul explicit sau dacă legea sustine acest lucru în mod expres.

3. Consimtământul este implicit atunci când informatiile sunt divulgate altor furnizori de îngrijiri de sănătate implicati în tratamentul pacientului.

4. Toate datele despre identitatea pacientului trebuie protejate.

5. Exceptii de la regula secretului medical:

a. Desi secretul medical este obligatoriu, interesul societatii primeaza fata de interesul personal. Este permisa, asadar, dezvaluirea unor informatii a caror cunoastere este importanta in vederea prevenirii si combaterii epidemiilor, bolilor venerice, bolilor cu extindere in masa etc.

b. Nu constituie o abatere situatia in care legea sau o curte judecatoreasca obliga medicul sa dezvaluie aspecte cuprinse in secretul medical.

6. Pacientii au dreptul la protejarea secretului medical. Medicii nu pot dezvalui nici o informatie pe care acestia, in calitatea lor de profesionisti, au aflat-o direct sau indirect in legatura cu viata intima a bolnavului, a familiei, a apartinatorilor, precum si problemele de diagnostic, prognostic, tratament, circumstante in legatura cu boala si alte diverse fapte, inclusiv rezultatul autopsiei.

7.Se pune la dispozitia pacientului un exemplar din formularul de consimtamant informat privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

8.Se lasa o perioada la dispozitia pacientului pentru a se gandi, reflecta si discuta atat cu medicul de familie cat si cu alte persoane apropiate.

9.Dupa trecerea acestei perioade, daca se constata ca pacientul nu are nimic impotriva prelucrării datelor cu caracter personal este invitat sa semneze si sa dateze formularul de consimtamant informat privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

10.Semnarea si datarea consimtamantului informat se va face personal de către pacient sau de catre apartinator (pentru persoane fara discernamant).

11.Acest exemplar va fi atasat la FOCG.

A.LA SERVICIUL INTERNARI

Pacientului i se prezinta si verbal, pe scurt si pe intelesul sau, informatiile de mai jos.
Pacientul primeste la internare, dupa intocmirea FOCG, un formular de consimtamant in vederea tratamentului cu urmatorul continut:

" Spitalul Orasenesc Buhusi prin intermediul serviciilor medicale furnizate, prelucreaza datele dumneavoastra cu caracter personal prin mijloace automatizate/ manuale, destinate serviciilor de sanatate (prelucrare statistica in FOCG de zi ori continua.) "

B. IN SECTIA/ COMPARTIMENTUL

- Pacientului i se prezinta , dupa stabilirea diagnosticului , informatiile referitoare la diagnostic, prognostic,alternative de terapie cu riscurile aferente

- Pacientului i se solicita acordarea consimtamantului informat, pentru tratamentul si conduita terapeutica aleasa, subliniindu-se din nou , posibilitatea prelucrarii datelor cu caracter personal si faptul ca formularul de consimtamant se refera si la acest aspect

- semnarea consimtamantului reprezinta confirmarea actiunii de informare a pacientilor

Responsabilitati :

Responsabil de proces = asistenta de la Biroul de Internari + asistenta de salon

Echipa de proces = Medic sef sectie + asistenta sefa sectie + Director medical

Anexe inscrisuri : Formular de consimtamant in vederea tratamentului.

ISO 9001
REGISTERED FIRM

SPITALUL ORĂȘENESC BUHUȘI

Buhuși-605100, str. Văioagă nr.3, jud. Bacău Nr. Autoriz. funcț.: 102/01. 09. 2010 ; C.I.F. 4187271
Certificat I.S.O. 9001:.Numar certificat 56336/A0001/UK/RO
Tel: 0234-262220 – centrala; Tel/Fax: 0234-261560 – secretariat;
e-mail: spitalbuhusi@gmail.com ; www.spitalbuhusi.ro

FORMULAR DE CONSIMTAMANT IN VEDEREA TRATAMENTULUI

Revizia 1. Octombrie 2014

Subsemnatul.....domiciliat in.....
Legitimat cu C.I. seria.....nr.....CNP.....

1. Pacient internat in sectia/ compartimentul.....a Sp. Or. Buhusi
2. Reprezentant legal al copilului.....in varsta de.....ani.
3. Reprezentant legal al persoanei fara discernamant sot / sotie / frate/ sora.....
.....internat in sectia/ compartimentul.....a Sp. Or. Buhusi
4. Apartinator (sot, sotie, frate, sora) al pacientului.....
internat in sectia/ compartimentul.....a Sp. Or. Buhusi

consimt sa urmez operatia/ tratamentul/ investigatiile/ urmatoare.....
.....

Natura si scopul, beneficiile si riscurile neefectuarii acestei operatii/ tratament/ investigatii medicale precum si celorlalte optiuni terapeutice mi-au fost explicate pe intelesul meu de catre Dr. .....pe care il desemnez pentru a efectua operatia/ tratamentul/ investigatiile medicale specificate mai sus.
Prelucrat DA/ NU

Mi s-au prezentat riscurile asociate (escare, infectii nosocomiale) precum si riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricat de mic de deces), consecintele pe care le presupune interventia/ tratamentul/ investigatiile medicale ce fac parte din operatia tratamentul pe care urmeaza sa il efectuez. Declar ca sunt constient de aceste riscuri si le accept, intrucat scopul interventiei/ tratamentului/ investigatiilor este spre binele meu.
Prelucrat DA/ NU

Ca urmare , inteleg necesitatea acestei operatii/ tratament/ investigatii pe care doresc sa le efectuez si declar ca nu am primit nici o garantie sau asigurare in ceeia ce priveste rezultatul final.
Prelucrat DA/ NU

In cazul in care in timpul operatiei/ tratamentului/ investigatiilor apar situatii neprevazute, care impun proceduri suplimentare fata de cele descrise mai sus ca fiind acceptate de catre mine (inclusiv transfuzia) , accept ca medicul desemnat sa actioneze in

baza pregatirii sale profesionale in consecinta doar daca aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale si numai in interesul meu personal si spre binele meu; De la acest fapt fac exceptie.....
Prelucrat DA/ NU

In scopul realizarii operatiei ,consimt de asemenea la administrarea anesteziei ce mi-a fost indicata (generala, alt tip).....Riscurile actului anestezic mi-au fost explicate cu ocazia consultului de catre.....medicul care proceda la efectuarea anesteziei in operatia la care voi fi supus. In consecinta si in conditiile precizate imi dau liber si in cunostinta de cauza la operatia tratamentul prezentat.

In cazul in care medicii desemnati de mine, din motive de forta majora nu pot efectua operatia/ tratamentul/ investigatiile medicale pentru care le-am acordat consimtamantul meu, declar nula prezenta, inteleg si accept sa semnez un alt consimtamant cu alt medic.
Prelucrat DA/ NU

Spitalul Orasenesc Buhusi prin intermediul serviciilor medicale furnizate, prelucreaza datele dumneavoastra cu caracter personal prin mijloace automatizate/ manuale, destinate serviciilor de sanatate (prelucrare statistica in FOCG de zi ori continua.)
Prelucrat DA/ NU

Am luat la cunostinta de Regulile Interne ale spitalului pentru pacienti si ma angajez sa le respect, impreuna cu indicatiile personalului medical.
Prelucrat DA/ NU

Am luat la cunostinta si sunt de acord cu vizitele si micile manevre efectuate de catre personalul medical aflat in stagiu de pregatire.
Prelucrat DA/ NU

Am luat la cunostinta si sunt de acord cu depistarea anumitor boli infectioase precum si cu tratamentul aferent acestora
Prelucrat DA/ NU

Sunt/ nu sunt de acord cu manevrele de resuscitare cardio- respiratorie si orice procedura care i-mi prelungeste viata in cazul in care se impune.
Prelucrat DA/ NU

Certific ca am citit, am inteles si accept pe deplin cele de mai sus si ca urmare semnez.

Semnatura psacientului/ reprezentantului legal. zi. luna. anul
....

Subsemnatul/ a .....confirm ca prezentul formular de consimtamant a fost completat in prezenta mea si semnat de pacient fara ca asupra sa se fi exercitat vreo constrangere.

Semnatura cadru medical zi luna anul

Spitalul Orasenesc Buhusi.

CONSTANTIN POIANĂ MANAGER DE CALITATE

Biroul de calitate.

Elaborat **As. Med.Pr. Bibire Camelia**

Data 21.07.2015

Verificat pentru conformitate. Birou calitate. RMC Insp. Poiana Constantin

Data 21.07.2015

Aprobat Manager Dr. Toron Mouhannad

Data 21.07.2015

Diseminare Catre personalul angajat la Biroul internari, sectiile si compartimentele din cadrul Spitalului Orasenesc Buhusi.

Aplicare personalul medical din Spitalul Orasenesc Buhusi

Spitalul Orasenesc Buhusi.

CONSTANTIN POIANĂ MANAGER DE CALITATE

Biroul de calitate.