**ANEXA 15**

**la normele tehnice**

**CONSIMŢĂMÂNT SCRIS AL BOLNAVULUI CU DIABET ZAHARAT**

Subsemnata/ul…………………………………………………………………………….................,

CNP:

Domiciliat/ă în str……………………………………………, nr. …, bl. …, sc. …, et. ….., ap. ……, sector.…..,localitatea.………………………….,judeţul.…………………….,telefon………………..........., având diagnosticul ………………………. sunt de acord să urmez tratamentul cu

□ INSULINA: ……………………………………………………………………………………………….

Precum şi

□ utilizarea sistemului de monitorizare continuă a glicemiei

□ utilizarea pompei de insulină

□ utilizarea sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei

1.Am fost informat/ă asupra conţinutului, importanţei şi consecinţelor administrării acestei terapii.

2.Mă declar de acord cu instituirea acestui tratament precum şi a tuturor examenelor clinice şi de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.

3.Mă declar de acord să urmez instrucţiunile medicului, să răspund la întrebări şi să semnalez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei, inclusiv alergiile.

4.Pentru situaţia în care decid să renunţ la tratamentul prin sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei, mă oblig să le returnez, împreună cu consumabilele sigilate, în stare bună de funcţionare, la unitatea sanitară care mi le-a acordat.

5.Am fost informat şi accept criteriile de întrerupere a tratamentului cu sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei.

6.Am preluat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei cu seria/seriile

Nr. ………………………………

Nr. ………………………………

Nr. ……………………………….

Medicul specialist care a iniţiat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei

…………………………………………………………………………………………………………

Unitatea sanitară unde s-a iniţiat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei

…………………………………………………………………………………………………………

Vă rugăm să răspundeţi la întrebările de mai jos încercuind răspunsul potrivit:

1. Aţi discutat cu medicul curant despre sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?

DA / NU

1. Aţi înţeles care sunt beneficiile şi riscurile utilizării sistemului de monitorizare continuă a glicemiei/pompei de insulină/sistemului de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?

DA / NU

1. Sunteţi de acord să utilizaţi sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei?

DA / NU

Data ...............................................

Semnătura bolnavului ................................ Părinte / Tutore ………………………………..

Semnătura medicului care a eliberat dispozitivul/dispozitivele.............................................................

Prelucrarea datelor cu caracter personal, se realizează în conformitate cu prevederile regulamentului (UE)nr. 679/2016 şi cu prevederile legale în vigoare, în scopul acordării asistenţei medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.