

**ANEXA 15**  
**la normele tehnice**

**CONSIMȚĂMÂNT SCRIS AL BOLNAVULUI CU DIABET ZAHARAT**

Subsemnata/ul.....,

CNP:

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

INSULINA: .....

Precum și

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 conținutului, importanței și consecințelor administrării acestei terapii.

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

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

4.Pentru situația în care decid să renunț 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 funcționare, la unitatea sanitară care mi le-a acordat.

5.Am fost informat și 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 inițiat 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 inițiat sistemul de monitorizare continuă a glicemiei/pompa de insulină/sistemul de pompă de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei

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

1. Ați 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

2. Ați înțeles care sunt beneficiile și 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

3. Sunteți de acord să utilizați 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 și cu prevederile legale în vigoare, în scopul acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.