**DECLARATIA PE PROPRIE RASPUNDERE A PACIENTULUI**

Subsemnatul/a .................................................................................CNP ............................................... Reprezentant legal al minorului/minorei.................................................................................................. CNP .............................................................................., Varsta........... Telefon .......................................... Email ................................................ . Adresa domiciliu………………………………………………………………………… ......................................................................................

intelegand faptul ca falsul in declaratii poate fi pedepsit conform legii, declar pe proprie raspundere ca m-am prezentat (am adus minorul/minora) pentru **testare Covid** din proprie vointa.

Mi-au fost explicate procedura, complicatiile posibile si riscurile previzibile si imprevizibile la care ma supun / supun minorul in cazul testarii si refuzului testarii pe intelesul meu si le accept. In cazul in care in timpul recoltarii apar situatii neprevazute, accept ca medicul/asistenta care realizeaza testarea sa actioneze in baza pregatirii sale profesionale, daca aceste actiuni sunt justificate de situatia aparuta. In consecinta si in cunostinta de cauza, in conditiile sus mentionate, imi dau acordul liber si consimtamantul pentru efectuarea procedurii descrise.

Declar pe proprie raspundere ca prezint /minorul prezinta urmatoarele simptome prezente in definitia de caz a infectiei cu virusul SARS-CoV2 (se vor incercui simptomele prezente):

**respiratie cu dificultate, tuse intensa, febra, durere de cap, dureri musculare, durere/mancarime in gat, lipsa gustului, lipsa mirosului, diaree, oboseala.**

Am fost infectat cu virusul SARS-CoV2 in ultimele 6 luni (incercuiti): **NU DA**

Am fost vaccinat anti-covid (incercuiti): **NU DA** – Cate doze: \_\_\_\_

Am fost informat cu privire la starea de sanatate, natura si scopul actului medical propus, beneficiile si consecintele actului medical, riscurile potentiale ale actului medical, riscurile neefectuarii procedurii medicale.

Dupa finalizarea actului medical descris la procedura acordului informat declar prin semnatura ca:

- Am primit datele de contact ale medicului pentru eventuale clarificari

- Am inteles ca imi va fi comunicat cel tarziu a doua zi rezultatul prin email in forma scrisa

- Am fost informat ca voi fi contactat de catre DSP in cazul in care testul este pozitiv

- Am fost informat ca ma voi izola la domiciliu si voi contacta medicul de familie telefonic (daca nu sunt pacientul cabinetului unde se efectueaza testarea) in cazul in care testul este pozitiv si ca am obligatia sa ii transmit rezultatul prin email sau pe alta cale aleasa de comun acord.

NOTA DE INFORMARE: Pentru a putea proba veridicitatea testarii in cazul unui control sunt de acord sa se pastreze o fotografie a testului, indiferent de rezultat, alaturi de declaratia prezenta. Documentul se va arhiva in conformitate cu Legea 16/1996.

Data

Semnatura pacient / reprezentant legal