



MEDSANA

FIȘĂ PREDARE - PRIMIRE PROBE ANATOMO - PATOLOGIE

DATE PACIENT:

NUME _____ PRENUME _____ DATA NAȘTERII _____
VÂRSTĂ _____ TELEFON _____ E-MAIL _____ DATA PREDĂRII PROBEI _____

DATE REPREZENTANT LEGAL (se utilizează în cazul minorilor/majorilor fără discernământ/majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu):

NUME _____ PRENUME _____ DATA NAȘTERII _____
CALITATEA _____ TELEFON: _____ E-MAIL _____

Recoltarea probei a fost efectuată la (se completează denumirea partenerului) SRL de către _____ (se va completa numele medicului/asistentului care a efectuat recoltarea) în data de _____. Proba se trimite spre a fi lucrată și/sau interpretată la **Medsana Bucharest Medical Center S.R.L. (București)**. (Semnătura și parafa medicului/asistentului care a efectuat recoltarea): _____

DATE ANAMNESTICE:

Diagnosticul clinic:

.....
Locul de proveniență al probei (precizarea regiunii anatomice, a tipului de țesut):

.....
Modul de recoltare (operatorie, biopsie în suprafață, etc.):

.....
Modul de fixare:

.....
Descrierea macroscopică a piesei:

.....
Observații (probleme speciale de studiu):

.....
Data/ora efectuării intervenției chirurgicale:

.....
Spitalul în care s-a efectuat intervenția:

.....
Medicul care a efectuat intervenția:

.....
Examen complementare efectuate, cu precizarea datei și a diagnosticului:

▶ CT / RMN:

▶ Examen radiologic/mamografie:

▶ Examen ecografic:

▶ Laparoscopii:

▶ Colposcopii:

▶ Markerii tumorali:

▶ Examen citologice:

▶ Examen biopsice:

▶ Altele:

.....
Tratamente efectuate anterior intervenției (chimioterapie, /radioterapie / alt tip de tratament - cu precizarea substanței folosite, a datei de începere a tratamentului și a numărului de ședințe efectuate):

.....
În cazul în care probele aduse sunt reprezentate de blocuri de parafină sau lame se vor completa în plus următoarele:

▶ locul de proveniență al acestora (spital, cabinet, etc):

▶ numărul de blocuri și inscripționarea lor (numărul inscripționat):

▶ numărul de lame și inscripționarea lor:

▶ diagnosticul anatomopatologic al probelor:

▶ diagnosticul imunohistochimic al probelor:

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT*

Subsemnatul / Subsemnata autorizez personalul medical al (se completează denumirea partenerului) SRL să recolteze probe biologice, respectiv al **Medsana Bucharest Medical Center S.R.L.** să le recepționeze, păstreze și să le folosească în vederea efectuării analizelor bifate mai jos, aceasta fiind dorința mea, pe care mi-o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Declar că sufar / nu sufar de o boală psihică care să îmi afecteze discernământul.

Mi-au fost explicate următoarele:

a) Numărul de lame sau blocuri rezultate din prelucrarea probei nu poate fi estimat la data prelevării acesteia, astfel încât sunt de acord cu achitarea unei

sume minime, urmând ca eventualele diferențe să le achit anterior primirii rezultatului, conform informării pe care o voi primi telefonic sau pe e-mail de la (se completează denumirea partenerului)SRL .

b) În cazuri extreme, în care prelucrarea probei depășește durata de timp stabilită inițial, (se completează denumirea partenerului)SRL își rezervă dreptul de a mă contacta telefonic în timp util în vederea stabilirii unei noi date pentru rezultat.

c) Un rezultat negativ al analizelor medicale sau încadrarea lor în limite normale admise nu exclude existența bolii în fază incipientă / în fază inactivă / cu valori subclinice / cu valori sub limita de determinare a testelor.

d) După prelucrarea probei, lamele sau blocurile se păstrează la Medsana Bucharest Medical Center S.R.L., conform prevederilor legale în vigoare. Orice solicitare a mea în vederea eliberării de către Medsana a unor lame sau blocuri se va efectua în scris, angajându-mă să le restituie până la data care îmi va fi comunicată.

e) **INTERPRETAREA REZULTATULUI ANALIZELOR MEDICALE SE VA FACE ÎN CONTEXTUL CUNOȘTIȘTELOR MEDICALE ACTUALE ÎN PLAN INTERNAȚIONAL, MOTIV PENTRU CARE TREBUIE SĂ MĂ ADRESEZ MEDICULUI CURANT PENTRU INTERPRETAREA REZULTATELOR ÎN CONTEXT CLINIC.**

ACORDUL PACIENTULUI PRIVIND COMUNICAREA DATELOR MEDICALE PERSONALE

Îmi exprim acordul ca rezultatele investigațiilor mele bifate mai jos să fie comunicate de Medsana Bucharest Medical Center S.R.L. către (se completează denumirea partenerului)SRL , care mi le va aduce la cunoștință mie personal/Reprezentantului Legal conform opțiunii exprimate de mine: pe adresa de e-mail, fax, la sediul clinicii unde s-a făcut recoltarea, prin poștă.

Îmi exprim acordul ca rezultatele analizelor să fie comunicate către persoanele enumerate mai jos:

Numele, prenumele, adresa de e-mail ale persoanei /persoanelor (inclusiv medici) indicate de pacient(ă)/reprezentant legal	Calitatea persoanei (grad de rudenie/altă relație)
Semnătură pacient(ă) / Reprezentant legal _____	Data _____

Declar că am înțeles și accept pe deplin toate informațiile furnizate de către _____ (numele și prenumele medicului / asistentului medical) și enumerate mai sus și îmi asum că am prezentat personalului medical doar informații adevărate și corecte.

Sunt / Nu sunt de acord cu prelucrarea probei pentru efectuarea următoarei analize:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Examen histopatologic: | <input type="checkbox"/> Examen citologic: |
| <input type="checkbox"/> Prelucrare piesă _____ prin includere în parafină și examen microscopic | <input type="checkbox"/> Interpretare lame secreție mamară unilaterală |
| <input type="checkbox"/> Prelucrare bloc intern suplimentar _____ | <input type="checkbox"/> Interpretare lame secreție mamară bilaterală |
| <input type="checkbox"/> Prelucrare bloc extern și examen microscopic | <input type="checkbox"/> Interpretare lame citologie diversă |
| <input type="checkbox"/> Interpretare lame externe suplimentare _____ | |

*Acordul pacientului informat semnat este obligatoriu pentru orice persoană care solicita analize medicale de laborator. Fără semnătura pacientului / reprezentatului legal al acestuia nu se pot lucra teste.

Semnătura pacient(ă)/ Reprezentant legal _____ **Data** _____

(Se completează de personalul medical de la Medsana Bucharest Medical Center S.R.L. la primirea probelor)

Starea probelor la primire (lame sparte, neinscripționate etc.): _____

Probe primite de asistent medical: _____ Semnătură: _____

INFORMARE PRIVIND PROTECȚIA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Datele dumneavoastră cu caracter personal sunt prelucrate de Medsana Bucharest Medical Center S.R.L. în conformitate cu politica internă a acesteia privind protecția datelor cu caracter personal. Puteți obține mai multe informații despre drepturile dumneavoastră [respectiv (a) dreptul de acces la datele cu caracter personal prelucrate („Datele”); (b) dreptul de a solicita rectificarea sau ștergerea Datelor; (c) dreptul de a solicita restricționarea prelucrării; (d) dreptul de a vă opune prelucrării; (e) dreptul de a nu fi supus unei decizii automate, inclusiv profilare; (f) dreptul la portabilitatea Datelor; (g) dreptul de a depune plângere în fața Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal și de a vă adresa instanțelor de judecată competente], consultând documentul „Notă de Informare privind Prelucrarea Datelor cu Caracter Personal de către Medsana Bucharest Medical Center S.R.L.” disponibil pe site-ul Medsana la adresa <https://www.medsana.ro/despre-noi/gdpr> sau pe suport de hârtie, în sala de așteptare a fiecăreia dintre clinicile Medsana. Drepturile menționate la lit. (a) – (f) de mai sus pot fi exercitate utilizând următoarele canale de comunicare: (i) adresa de e-mail dpo@medsana.ro; (ii) redactarea și semnarea unei cereri și depunerea acesteia la ghișeele Clinicilor Medsana Bucharest Medical Center S.R.L. sau (iii) transmiterea acesteia prin poștă la adresa Medsana Bucharest Medical Center S.R.L., str. Dr. Nanu Muscel nr. 12 sector 5, cod poștal 050521, București.

Am luat la cunoștință:

Nume și prenume pacient(ă) / Reprezentant legal _____

Data _____

Semnătură pacient(ă) / Reprezentant legal _____