

**PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PRIVIND OBTINEREA  
REFUZULUI CU PRIVIRE LA ACTUL MEDICAL AL  
PACIENTULUI ALOINGV/PACIENTULUI CU DEFICIENȚE  
DE AUZ/VRBIRE/VEDERE SAU AREPREZENTATULUI SAU  
LEGAL**

Cod: POS-SJ-04

Număr PO 82

**Titlul PO: Obținerea refuzului cu privire la actul medical al pacientului/pacientului aloingv/pacientului cu deficiențe de auz/vorbire/vedere sau a reprezentantului său legal.****1. LISTA RESPONSABILILOR DE ELABORAREA, VERIFICAREA ȘI APROBAREA EDIȚIEI**

Nr. crt.	Elemente privind responsabil/ operațiune	Numele, prenumele	Funcția	Data	Semnătura
1.1	Elaborat	Rusu Elena	Specialist Subdiviziunea Managementul Calității	Digitally signed by Rusu Elena Date: 2025.12.05 16:08:37 EET Reason: MoldSign Signature Location: Moldova MOLDOVA EUROPEANĂ	
1.2	Verificat	Novițchi Tatiana	Șefa SMF1	Digitally signed by Novițchi Tatiana Date: 2025.12.08 13:15:49 EET Reason: MoldSign Signature Location: Moldova MOLDOVA EUROPEANĂ	
1.3	Aprobat	Panico Violeta	Sefa IMSP CS Criuleni	Digitally signed by Panico Violeta Date: 2025.12.05 16:41:24 EET Reason: MoldSign Signature Location: Moldova MOLDOVA EUROPEANĂ	

Data intrării în vigoare:	09.12.2025
Data reviziei:	01.2030

**PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PRIVIND OBTINEREA  
REFUZULUI CU PRIVIRE LA ACTUL MEDICAL AL  
PACIENTULUI ALOINGV/PACIENTULUI CU DEFICIENȚE  
DE AUZ/VRBIRE/VEDERE SAU AREPREZENTATULUI SAU  
LEGAL**

Cod: POS-SJ-04

**2. LISTA PERSOANELOR LA CARE SE DISTRIBUIE ELECTRONIC EDIȚIA**

Nr. Crt.	Scopul difuzării	Nr. de exemplare transmise sau varianta electronică	Compartiment	Funcția
3.1	Aplicare	Varianta electronică transmisă prin email de serviciu	Conducerea	Șefa IMSP CS Criuleni
			CS, OMF, OS	Medici, asistente
3.2	Evidență	Varianta electronică transmisă prin email de serviciu	Subdiviziunea Managemental Calității	Specialist Subdiviziunea Managemental Calității

Insusit de			
Nume Prenume	Funcția	Semnatura	Data
Panico Violeta	Șefă CS Criuleni		23.12.25
Novițchi Tatiana	Medic de familie		23.12.25
Ogor Tatiana	Medic de familie		23.12.25
Lupașco Ludmila	Medic de familie		23.12.25
Clius Ala	Medic de familie		23.12.25
Brînza Marin	Medic de familie		23.12.25
Stahi Ala	Medic de familie		23.12.25
Verlan Aliona	Medic de familie		23.12.25
Baluțel Larisa	Medic de familie		23.12.25
Brînză Lidia	Medic de familie		23.12.25
Voinescu Larisa	Medic de familie		23.12.25
Vartic Larisa	Medic de familie		23.12.25
Evtodiev Laurenția	Medic de familie		23.12.25
Cebotari Ala	Medic de familie		23.12.25
Reabaia Olesea	Medic de familie		23.12.25
Grosu Corina	Medic de familie		23.12.25
Olcenco Ecaterina	Medic de familie		23.12.25
Rîbac Victoria	Medic de familie		23.12.25
Moșneguț Maria	Medic pediatru		23.12.25
Vanica Nina	As.med.șef SMF nr.1		23.12.25

**PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PRIVIND OBTINEREA  
REFUZULUI CU PRIVIRE LA ACTUL MEDICAL AL  
PACIENTULUI ALOINGV/PACIENTULUI CU DEFICIENȚE  
DE AUZ/VRBIRE/VEDERE SAU AREPREZENTATULUI SAU  
LEGAL**

Cod: POS-SJ-04

Perciuleac Viorica	As.med.șef SMF nr.2	<i>Perciuleac</i>	23.12.25
Loghin Valentina	Asistentă medicală	<i>Loghin</i>	23.12.25
Bologa Larisa	Asistentă medicală	<i>Bologa</i>	23.12.25
Palamarciuc Larisa	Asistentă medicală	<i>Palamarciuc</i>	23.12.25
Carp Larisa	Asistentă medicală	<i>Carp</i>	23.12.25
Samoila Ludmila	Asistentă medicală	<i>Samoila</i>	23.12.25
Samoil Maria	Asistentă medicală	<i>Samoil</i>	23.12.25
Climenciuc Iulia	Asistentă medicală	<i>Climenciuc</i>	23.12.25
Grigoriev Natalia	Asistentă medicală	<i>Grigoriev</i>	23.12.25
Boșcanean Eugenia	Asistentă medicală	<i>Boșcanean</i>	23.12.25
Panuța Lidia	Asistentă medicală	<i>Panuța</i>	23.12.25
Platon Ana	Asistentă medicală	<i>Platon</i>	23.12.25
Morarescu Tatiana	Asistentă medicală	<i>Morarescu</i>	23.12.25
Edlovscăia Raisa	Asistentă medicală	<i>Edlovscăia</i>	23.12.25
Ojog Tatiana	Asistentă medicală	<i>Ojog</i>	23.12.25
Greco Maria	Asistentă medicală	<i>Greco</i>	23.12.25
Dobrovolschi Eugenia	Asistentă medicală	<i>Dobrovolschi</i>	23.12.25
Chetrean Natalia	Asistentă medicală	<i>Chetrean</i>	23.12.25
Grier Angela	Asistentă medicală	<i>Grier</i>	23.12.25
Bețco Angela	Asistentă medicală	<i>Bețco</i>	23.12.25
Ursu Eugenia	Asistentă medicală	<i>Ursu</i>	23.12.25

**1. Motivație**

Cunoașterea și efectuarea permanentă a unei asemenea proceduri la nivelul prestării serviciilor de asistență medicală permite specialiștilor medicali să intervină oportun în favoarea pacienților și oferă protecție judiciară personalului medical implicat în îngrijirea pacientului în caz de refuz ultimativ.

**2. SCOP**

Scopul prezentei Proceduri este de a stabili și de a comunica drepturile pacienților care primesc servicii în instituție, precum și drepturile însoțitorilor săi. Respectarea dreptului pacientului la luarea deciziilor privind propria sănătate cu minimalizarea riscului de a dăuna sănătății acestuia.

**PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PRIVIND OBTINEREA REFUZULUI CU PRIVIRE LA ACTUL MEDICAL AL PACIENTULUI ALOINGV/PACIENTULUI CU DEFICIENȚE DE AUZ/VRBIRE/VEDERE SAU AREPREZENTATULUI SAU LEGAL**

Cod: POS-SJ-04

**3. Introducere / Definiție**

Dreptul de a consimți este nucleul drepturilor pacientului și se bazează sau este derivat din principiul respectului autonomiei pacientului și, într-un sens mai larg, pornește de la principiul respectului pentru persoană și demnitatea individului. Acest drept se manifestă prin libertatea pacientului pentru exprimarea benevolă a consimțământului pentru efectuarea unui act medical. Nimeni nu poate fi supus niciunui tratament medical forțat sau act medical, decât în cazurile prevăzute în legislație. Pacientul sau reprezentantul său legal (ruda apropiată) are dreptul de a renunța la intervenția medicală sau de a cere încetarea ei la orice etapă, cu excepția cazurilor prevăzute la art.6 a Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr.263 din 27.10.2005. Medicul are obligativitatea de a cere consimțământul pacientului pentru orice prestare medicală, conform legislației, și să consemneze refuzul pacientului pentru orice prestare medicală, în cazul în care aceasta este exprimat explicit, în bună cunoștință de cauză și efecte ulterioare.

Pentru pacienții cu deficiențe de auz/vorbire/vedere, pentru a facilita comunicarea, este important de găsit alternative de comunicare cu pacientul (traducător, desene, limbajul semnelor, pictograme, etc.).

Intimitatea pacientului vizual și auditiv vor fi respectate ori de câte ori i se acorda îngrijiri medicale. În cazul necesității, pot fi luate măsuri speciale de precauție legate de confidențialitatea pacientului, îndeosebi în timpul activităților de evaluare și celor clinice în măsură în care este posibil în condițiile curente. Designul saloanelor pentru pacienți și zonele pentru examinarea medicală permit asigurarea confidențialității vizuale.

În cazul pacientului aloingv, comunicarea se face într-o limba de circulație internațională sau, după caz, se va cauta o altă formă de comunicare (traducător, desene, limbajul semnelor, pictograme, etc.)

**Drepturile pacientului pot fi limitate în caz de:**

a) spitalizare și examinare a bolnavilor ce suferă de boli psihice, în conformitate cu Legea nr.1402-XIII din 16 decembrie 1997 privind asistența psihiatrică, ținând cont de solicitările pacientului, în măsură adecvată capacității lui de exercițiu;

b) examinare medicală obligatorie a persoanelor care donează benevol sânge, substanțe lichide biologice, organe și țesuturi;

c) efectuare a examinării medicale preliminare obligatorii, în scopul depistării bolilor ce prezintă pericol social, în timpul angajării la serviciu și în cadrul examinărilor medicale periodice obligatorii ale lucrătorilor de anumite profesii, imigranților și emigranților, a căror listă se aprobă de Ministerul Sănătății;

d) efectuare a examinării medicale obligatorii, inclusiv pentru depistarea infecției HIV/SIDA, a sifilisului și a tuberculozei la persoanele aflate în penitenciare;

e) spitalizare și izolare obligatorie (carantină) a persoanelor afectate de infecții contagioase și a celor suspectate de vreo boală infecțioasă ce prezintă pericol social.

**4. Domeniu de APLICARE**

Secțiile medicină de familie, laborator, cabinet FGDS și Ecografie, Radiodiagnostică, Diagnostic funcțional, Serviciu reabilitare medicală și medicină fizică, AMSA.



**PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PRIVIND OBTINEREA  
REFUZULUI CU PRIVIRE LA ACTUL MEDICAL AL  
PACIENTULUI ALOINGV/PACIENTULUI CU DEFICIENȚE  
DE AUZ/VRBIRE/VEDERE SAU AREPREZENTATULUI SAU  
LEGAL**

Cod: POS-SJ-04

## 5. Glosar

Neaplicabil

## 6. Roluri si responsabilitĂȚi

Responsabil de proces – vicedirectori, șefi secție medicină de familie, asistenți medicali superiori secție medicină de familie, medici de familie, asistenți medicali de familie, medicii AMSA, medicii serviciilor de diagnostic funcțional, instrumental de laborator.

## 7. Descrierea procedurii

- În caz de refuz la intervenția medicală, exprimat de pacient sau de reprezentantul său legal (de ruda apropiată), acestuia i se explică, într-o formă accesibilă, consecințele posibile.
- Refuzul categoric al pacientului se perfectează prin înscrierea respectivă în documentația medicală, cu indicarea consecințelor posibile, și se semnează în mod obligatoriu de către pacient sau reprezentantul său legal (ruda apropiată), precum și de către medicul curant.
- În caz de eschivare intenționată a pacientului de a-și pune semnătura care certifică faptul că el a fost informat despre riscurile și consecințele posibile ale refuzului la intervenția medicală propusă, documentul se semnează în mod obligatoriu de către director, șeful de secție și medicul curant.
- În caz de refuz la asistență medicală, exprimat de reprezentantul legal al pacientului (ruda apropiată), când o atare asistență este necesară pentru salvarea vieții pacientului, organele de tutelă și curatelă au dreptul, la solicitarea organizațiilor medicale, de a se adresa în instanța judecătorească pentru protecția intereselor persoanei bolnave.
- În cazul unei intervenții medicale de urgență, necesare pentru a salva viața pacientului, când acesta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal (al rudei apropiate) nu poate fi obținut la timp, personalul medical, abilitat în modul stabilit de legislație, are dreptul de a lua decizia respectivă în interesele pacientului.

## 8. Format special

### Refuz de actul medical

Subsemnata(tul) \_\_\_\_\_ IDNP \_\_\_\_\_  
calitate de :  
1.pacient \_\_\_\_\_ IMSP CS Criuleni  
2.reprezentant legal al copilului \_\_\_\_\_ în vârstă de \_\_\_\_\_ ani  
3.apartinător (soț, soție, frate, soră, fiu - în cazul în care pacientul este în incapacitatea de a decide) al pacientului \_\_\_\_\_  
refuz categoric internarea/tratamentul/procedura/intervenția chirurgicală /colectarea probelor biologice/vaccinarea  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ propuse de  
medicul \_\_\_\_\_  
Motivul refuzului este \_\_\_\_\_  
Medicul mi-a explicat că acest refuz poate duce la agravarea stării mele de sanatate cu apariția



**PROCEDURA OPERAȚIONALĂ PRIVIND OBTINEREA  
REFUZULUI CU PRIVIRE LA ACTUL MEDICAL AL  
PACIENTULUI ALOINGV/PACIENTULUI CU DEFICIENȚE  
DE AUZ/VRBIRE/VEDERE SAU AREPREZENTATULUI SAU  
LEGAL**

Cod: POS-SJ-04

complicațiilor, inclusiv decesul și imi asum toate responsabilitatile.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare le semnez.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal \_\_\_\_\_ ziua \_\_\_\_ luna \_\_\_\_ anul \_\_\_\_\_

Confirm că eu am explicat pacientului riscurile refuzului de internare/tratament/procedura /interventie.

Data \_\_\_\_\_ Semnătura medicului \_\_\_\_\_

## 9. Documente de referință

- Constituția Republicii Moldova
- Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995.
- Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr.264 din 27.10.2005
- Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr.263 din 27.10.2005.
- Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1558 din 27.02.1998.
- Ghidul privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților aprobat prin ordinul MSMPS nr.425 din 20.03.2018.
- **Ordinul MS nr.303 din 06.05.2010 „Cu privire la la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat”.**

### Refuz de actul medical

Subsemnata(tul) \_\_\_\_\_ IDNP \_\_\_\_\_

calitate de : 1. pacient \_\_\_\_\_ IMSP CS Criuleni

2. reprezentant legal al copilului \_\_\_\_\_ în vârstă de \_\_\_\_\_ ani

3. aparținător (soț, soție, frate, soră, fiu - în cazul în care pacientul este în incapacitatea de a decide) al pacientului \_\_\_\_\_

refuz categoric internarea/tratamentul/procedura/intervenția chirurgicală /colectarea probelor biologice/vaccinarea

\_\_\_\_\_ propuse de medicul

Motivul refuzului este \_\_\_\_\_

Medicul mi-a explicat că acest refuz poate duce la agravarea stării mele de sănătate cu apariția complicațiilor, inclusiv decesul și imi asum toate responsabilitățile.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare le semnez.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal \_\_\_\_\_ ziua \_\_\_\_\_ luna \_\_\_\_\_ anul \_\_\_\_\_

Confirm că eu am explicat pacientului riscurile refuzului de internare/tratament/procedura /intervenție.

Data \_\_\_\_\_ Semnătura medicului \_\_\_\_\_

### Refuz de actul medical

Subsemnata(tul) \_\_\_\_\_ IDNP \_\_\_\_\_

calitate de : 1.pacient \_\_\_\_\_ IMSP CS Criuleni

2.reprezentant legal al copilului \_\_\_\_\_ în vârstă de \_\_\_\_\_ ani

3.aparținător (soț, soție, frate, soră, fiu - în cazul în care pacientul este în incapacitatea de a decide) al pacientului \_\_\_\_\_

refuz categoric internarea/tratamentul/procedura/intervenția chirurgicală /colectarea probelor biologice/vaccinarea

\_\_\_\_\_ propuse de medicul

Motivul refuzului este \_\_\_\_\_

Medicul mi-a explicat că acest refuz poate duce la agravarea stării mele de sănătate cu apariția complicațiilor, inclusiv decesul și imi asum toate responsabilitățile.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare le semnez.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal \_\_\_\_\_ ziua \_\_\_\_\_ luna \_\_\_\_\_ anul \_\_\_\_\_

Confirm că eu am explicat pacientului riscurile refuzului de internare/tratament/procedura /intervenție.

Data \_\_\_\_\_ Semnătura medicului \_\_\_\_\_