



ANEXA NR.2

## DECLARAȚIE DE ADEZIUNE DE PARTICIPARE ÎN PROGRAMUL SALVAREA FATULUI

### DATE OBLIGATORII

Nume: .....  
Adresa: .....  
Telefon: .....  
Adresă de e-mail: .....

Tipul, numărul documentului care poate servi la identificarea persoanei: (Vă rugăm să menționați documentul cu care o să Vă identificați la preluarea aparatului, respectiv dacă acesta va fi preluat de un împuternicit, Vă rugăm să menționați acel număr de document.)

Carte de identitate  Pașaport  Seria:.....Număr: .....

Data ultimei menstruații: Ziua..... Luna.....An.....

Sunteți însărcinată cu gemeni? Da  Nu  Dacă da, cu câți copii sunteți însărcinată?

Am luat cunoștință de condițiile generale de afaceri, am înțeles, am acceptat conținutul acestora.

DATE CE POT FI FURNIZATE OPȚIONAL CU OCAZIA ÎNREGISTRĂRII, CARE FACILITEAZĂ STABILIREA DIAGNOSTICULUI MAI EXACT SAU COMUNICAREA:

Rezultatele obținute cât timp beneficiaz de acest serviciu doresc să fie împărtășite cu persoanele de mai jos. Totodată, declar că aceste terțe persoane și-au dat acordul la recepționarea datelor.

Nume: .....  
Adresa de e-mail: .....

Câte sarcini ați avut până acum?

În prezent, aveți o sarcină cu risc? Da  Nu

Ați avut vreodată avort spontan? Da  Nu

Ați avut vreodată întrerupere de sarcină (avort)? Da  Nu

Câți copii ați născut (numărul copiilor născuți vii)?

Ați avut copil care s-a născut mort? Da  Nu

Ați avut vreodată naștere prematură? Da  Nu  Dacă da, în a câta săptămână ați născut?

Fumați? Da  Nu

Înălțime:  cm Greutate corporală: înainte de sarcină  kg

În timpul sarcinii, ați fost diagnosticată cu hipertensiune (valori peste 140/90)? Da  Nu

Ați participat vreodată în program de fertilizare in vitro? Da  Nu

Ați participat vreodată în program de tratare a infertilității? Da  Nu

Aveți copii cu tulburări de dezvoltare (boli cardiace, sindrom Down etc.)? Da  Nu

Ați fost diagnosticată cu disfuncții ale glandei tiroide? Da  Nu

Ați fost diagnosticată cu boli renale? Da  Nu

Ați fost diagnosticată cu boli cardiace? Da  Nu

Condițiile Generale de Afaceri sunt disponibile pe pagina de internet [www.salvareafatului.ro](http://www.salvareafatului.ro)

Locul și data: .....

Semnatura:.....

## DISPOZIȚIE DATĂ DE PACIENTĂ

Nume: ..... Numele mamei: .....

Data nașterii: ..... Domiciliu: .....

Număr de telefon: ..... E-mail: .....

După luarea la cunoștință a informării, doresc să dispun cu privire la administrarea datelor, după cum urmează:

1. Sunt de acord să fiu înregistrat în Programul Salvarea Fatului și în sistemul informatic de comunicare NautiCom care asigură funcționarea acestuia, pe baza datelor furnizate prin prezenta declarație.
2. Sunt de acord ca datele personale și cele privind sănătatea, înregistrate pe parcursul serviciului (inclusiv număr de telefon, adresă de e-mail, respectiv alte date personale care nu sunt considerate date privind sănătatea sau date de identificare) să fie administrate în sistemul informatic, în format electronic, în cadrul programului de administrare electronică a datelor, de către furnizorii de servicii participanți la serviciul de monitorizare în măsura în care această administrare de date este necesară în vederea implementării programului și în perioada acestuia.

Sub sancțiunile prevăzute de legea penală declar că datele furnizate de mine prin prezenta declarație sunt datele mele și corespund realității. Un exemplar al prezentei declarații revine pacientei.

Locul și data: .....

Semnatura: .....