



شماره سند: FR-TD-13
ویرایش: هشتم
تاریخ ابلاغ: ۹۵/۰۸/۱۰
صفحه ۱ از ۲

فرم رضایت و برائت نامه آگاهانه
جهت اقدامات تشخیصی / درمانی / جراحی



شماره پرونده:		شماره ملی:	
نام خانوادگی:	Family name :	نام:	بخش:
نام پدر:	Father name:	تخت:	Ward:
تاریخ تولد:	Date of Birth:	اتاق:	Room:
پزشک معالج:		پزشک معالج:	
تاریخ پذیرش:		تاریخ پذیرش:	
سطح تحصیلات بیمار/ولی قانونی		سطح تحصیلات بیمار/ولی قانونی	

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد

اینجانب دکتر پزشک معالج بیمار فوق الذکر درخصوص اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی که به منظور تشخیص و یا درمان بیماری انجام می شود، توضیحات کافی و آگاهی لازم را در مورد اهم مزایا، عوارض و عواقب احتمالی و همچنین روش های جایگزین آن به آقای / خانم گیرنده خدمت □ ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت □ ارائه داده ام که شامل:

مزایای استفاده از روش تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده:

اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده:

روش یا روشهای جایگزین تشخیصی / درمانی / جراحی با ذکر مزایا و عوارض احتمالی:

عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده:

مهر و امضاء پزشک معالج: تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

این قسمت توسط بیمار / ولی یا نماینده قانونی بیمار تکمیل گردد

اینجانب بیمار □ ولی / نماینده قانونی بیمار □ دارای کد ملی / شماره شناسنامه تاریخ تولد / به طور کامل این فرم را مطالعه نموده و با توضیحات ارائه شده از مزایا، عوارض و یا عواقب احتمالی، روش جایگزین و عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی مطلع شدم (شنیدم و تفهیم شدم) و در حضور سرکار خانم دکتر / جناب آقای دکتر با آزادی، علم و درک کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی اعم از حقیقی - حقوقی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز عوارض احتمالی توضیح داده شده که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید بری الذمه نموده و هیچ ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت.

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی / نماینده قانونی بیمار: تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی / درمانی / جراحی پیشنهادی و یا موارد ترک بیمارستان با رضایت شخصی قسمت ذیل تکمیل شود

بدینوسیله با ارائه توضیحات لازم توسط کادر معالج از ضرورت اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی فوق به میزان کافی آگاه شدم. لیکن مراتب انصراف و عدم رضایت خود را از انجام آن اعلام می دارم و کادر تشخیصی - درمانی (اعم از حقیقی - حقوقی) را از هرگونه پیگیری کیفری - حقوقی مبری نموده و مسئولیت عدم دریافت اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی فوق و عواقب و عوارض ناشی از آنرا بر عهده می گیرم.

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی / نماینده قانونی بیمار: امضاء و مهر پزشک معالج: امضاء و مهر سوپروایزر بیمارستان / مرکز درمانی: تاریخ و ساعت: تاریخ و ساعت: تاریخ و ساعت:

این قسمت توسط شاهدان تکمیل گردد

شاهد اول: شاهد دوم: نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه / نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه / کد ملی نسبت با بیمار کد ملی نسبت با بیمار امضاء و اثر انگشت / تاریخ و ساعت شاهد ۱: امضاء و اثر انگشت / تاریخ و ساعت شاهد ۲:



شماره سند: FR-TD-13
 ویرایش: هشتم
 تاریخ ابلاغ: ۹۵/۰۸/۱۰
 صفحه ۲ از ۲

فرم رضایت و برائت نامه آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی / درمانی / جراحی



این قسمت در صورت درخواست مشاوره، توسط متخصص پزشکی قانونی بیمارستان تکمیل گردد

- مشاوره تخصصی پزشکی قانونی جهت اخذ رضایت برائت آگاهانه ضمن مصاحبه با گیرنده خدمت ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت و مطالعه پرونده بالینی انجام و در برگ مشاوره جهت بهره برداری درج گردید.
- مدارک هویتی گیرنده خدمت ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت خانم / آقای منطبق با اطلاعات درج شده در پرونده بیمار می باشد.
- گیرنده خدمت ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت آقای / خانم صلاحیت و اهلیت قانونی جهت اعطای رضایت نامه و برائت نامه درمانی و ظرفیت تصمیم گیری در امور درمانی توضیح داده شده را دارد.
- در صورت عدم پذیرش درمان پیشنهادی توسط بیمار و تقاضای ترک بیمارستان / مرکز درمانی با رضایت شخصی، نظریه تخصصی پزشکی قانونی در مورد صحت و اعتبار قانونی اجابت تقاضای مذکور در فرم مشاوره جهت بهره برداری درج شود.

ولی / نماینده قانونی امضاء و اثر انگشت بیمار / تاریخ و ساعت / امضاء و مهر متخصص پزشکی قانونی

این قسمت توسط پزشک بیهوشی بیمارستان تکمیل گردد

اینجانب دکتر متخصص بیهوشی بیمار فوق الذکر درخصوص اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی که به منظور تشخیص و یا درمان بیماری انجام می شود، توضیحات کافی و آگاهی لازم را در مورد اهم مزایا ، عوارض و عواقب احتمالی و همچنین روش های جایگزین آن به آقای / خانم گیرنده خدمت ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت ارائه داده ام که شامل:

مزایای استفاده از روش تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده :

اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده :

روش یا روشهای جایگزین تشخیصی / درمانی / جراحی با ذکر مزایا و عوارض احتمالی :

عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده:

❖ پروسیجر تهاجمی - تشخیصی - جراحی: یک تکنیک تشخیصی - درمانی - جراحی که با ایجاد برش یا منفذ روی پوست ، غشای مخاطی ، بافت همبند و یا اینکه ابزارهایی از منافذ طبیعی بدن وارد می شود. اقدامات تهاجمی شامل یک طیف از اقدامات تهاجمی پوستی با کمترین شدت (بیوپسی ، اکسزین ، کرایوتراپی عمیق برای ضایعات بدخیم ، جایگزینی پروپ یا کاتتر ، ورود به حفرات بدن از طریق سوزن یا تروکار) تا پیوند های چندگانه پیشرفته را شامل می شود

❖ اقدام تشخیصی: پرتو تشخیصی ، آنژیوگرافی ، ERCP ، لاپاراسکوپی و.....

❖ اقدام درمانی: شوک درمانی ، شیمی درمانی ، خون و فرآورده های خونی بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و.....

❖ اقدام جراحی: لاپاراتومی تشخیصی ، بیوپسی و.....

نکته : بیمار / نماینده قانونی محترم اخذ رضایت و برائت نامه آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی / درمانی / جراحی فقط باید توسط پزشک معالج که با کارت شناسایی خوانا ، عکس دارو قابل رویت از فاصله یک متری قابل خواندن و روی سینه وی نصب باشد انجام گردد ، به موجب حصول اطمینان از مفاد این رضایت نامه آگاهانه مجاز به پرسش از پزشک معالج خود می باشید و بعد از درک و آگاهی کامل اقدام به امضاء نمایید.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.