مرکز فوق تخصصی آموزشی درمانی ۱۵ خرداد
پلاستیک جراحی

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

شماره پرونده : Unit Number :			شماره ملی : National Code :
نام خانوادگی: Family Name :	نام :	بخش : Ward :	پزشک معالج : Attending Physician :
نام پدر : Father name :		تخت : Bed :	تاریخ پذیرش : Date of Admission :
تاریخ تولد: Date of Birth :		اتاق : Room :	سطح تحصیلات بیمار / ولی قانونی

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد

اینجانب دکتر .... پزشک معالج بیمار فوق الذکر در خصوص اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی .... که به منظور تشخیص و یا درمان بیمار .... 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 : ترمیم و اسکار اعضاء . [illegible] ترمیمی

اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده : احتمال نیاز به جراحی های مکرر و متعدد - عدم پاسخ مناسب - احتمال ایجاد زخم و عفونت - احتمال ایجاد اسکار زشت در محل - بدشکلی وضعیت [illegible] - نقص عمل [illegible]

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

عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده : در صورت عدم پذیرش جراحی انجام نخواهد شد.

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

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
مرکز پزشکی آموزشی درمانی ۱۵ خرداد
دکتر ثریا [illegible]
فوق تخصص جراحی پلاستیک، عضو هیئت علمی
نظام پزشکی ۱۰۰۸۳۹

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

اینجانب .... بیمار☐ولی / نماینده قانونی بیمار☐ دارای کدملی / 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 درحضور 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 برّی 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 رضای 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: تاریخ و ساعت :	امضاء و مهر پزشک معالج : تاریخ و ساعت :	امضاء و مهر سوپروایزر بیمارستان / مرکز درمانی : تاریخ و ساعت :

این قسمت توسط شاهدان تکمیل گردد

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

به پشت برگه رجوع شود