

فرم رضایت آگاهانه و برائت نامه

اقدامات تشخیصی - درمانی

|                                     |                |                               |                               |
|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| شماره ملی :<br>national code        | نام :<br>name  |                               | شماره پرونده :<br>unit number |
| پزشک معالج :<br>Attending physician | بخش :<br>ward  | نام خانوادگی :<br>name family |                               |
| تاریخ پذیرش :<br>of admintion Date  | اتاق :<br>room | تاریخ تولد :<br>date of birth | نام پدر :<br>father name      |
|                                     | تخت :<br>bed   |                               |                               |

این قسمت توسط پزشک ارائه دهنده خدمت تکمیل گردد .

اینجانب دکتر.....پزشک معالج بیمار فوق الذکر در خصوص اقدامات تشخیصی و درمانی.....

که به منظور تشخیص و درمان بیمار.....انجام می شود ، توضیحات کامل و آگاهی لازم را در مورد اهم عوارض و

عواقب احتمالی آن و همچنین روش های جایگزین آن به آقای/خانم.....گیرنده خدمت ☐ ولی / نماینده قانونی گیرنده

خدمت ☐ داده ام که شامل :

عواقب عدم پذیرش اقدامات تشخیصی درمانی

.....

.....

...مزایا استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده

.....

.....

. اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده

.....

.....

روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی با ذکر مزایا یا عوارض احتمالی:

.....

.....

|                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| مهر و امضاء پزشک ارائه دهنده خدمت | تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه : |
|-----------------------------------|-------------------------------|

این قسمت توسط بیمار / ولی قانونی بیمار تکمیل گردد .

اینجانب.....(بیمار ☐ ولی / نماینده قانونی بیمار ☐ ) فرزند.....دارای کد

ملی.....و شماره شناسنامه.....صادره از

.....متولد.....آگاهی لازم را از بیماری و اقدامات درمانی و عوارض و عواقب هر کدام و

همچنین روش های جایگزین آن توسط پزشک معالج/ پزشک مشاور جناب آقای/سرکار خانم دکتر

.....کسب نموده و با آگاهی کامل از اینکه اقدامات تشخیصی و درمانی در این مرکز

آموزشی درمانی توسط تیم پزشکی با سرپرستی متخصص مربوطه صورت میگیرد . بدین وسیله رضایت

خود را جهت اقدام مذکور و سایر اقدامات تشخیصی و درمانی لازم که طبق صلاحدید پزشکان و کادر درمان

بارعایت موازین فنی و علمی انجام شود ، اعلام می دارم کادر تشخیصی درمانی را از مسئولیت و ضمانت

ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علی رغم رعایت موازین علمی ، فنی و قانونی ممکن است پدید آید

بریء الذمه نموده و هیچ ادعایی اعم از کیفری و مدنی نخواهم داشت .

|                                           |                               |
|-------------------------------------------|-------------------------------|
| مهر و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار: | تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه : |
|-------------------------------------------|-------------------------------|

این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد .

نام و نام خانوادگی.....فرزند.....دارای کد ملی.....و شماره شناسنامه

.....صادره از.....متولد.....نسبت با بیمار.....شماره تلفن.....

|                        |                               |
|------------------------|-------------------------------|
| مهر و اثر انگشت شاهد : | تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه : |
|------------------------|-------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل گردد .</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |
| بدین وسیله ضمن انصراف از پذیرش خدمت عدم رضایت خود را از جهت اقدامات تشخیصی - درمانی مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی را نسبت به هر گونه آسیب و خطرات ناشی از عدم دریافت اقدامات درمانی پیشنهادی بری الذمه نموده و هیچگونه ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت .ضمن تفهیم کلیه خطرات ناشی از عدم پذیرش درمان کلیه عواقب آن را بر عهده میگیرم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |
| مهر و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :                                     |
| <b>این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد .</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |
| نام و نام خانوادگی.....فرزند.....دارای کد ملی.....و شماره شناسنامه ..... صادره از ..... متولد.....نسبت با بیمار..... شماره تلفن .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |
| مهر و اثر انگشت شاهد :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :                                     |
| <b>این قسمت در صورت درخواست مشاوره ، توسط سرویس پزشکی قانونی بیمارستان تکمیل گردد.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |
| ۱- ضمن مصاحبه با گیرنده خدمت ولی/نماینده قانونی گیرنده خدمت و مطالعه پرونده بالینی نظریه تخصصی پزشکی قانونی در فرم مشاوره جهت بهره برداری درج گردید .<br>۲- مدارک هویتی گیرنده خدمت ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت خانم / آقای.....منطبق با اطلاعات درج شده در پرونده بیمار می باشد.<br>۳- گیرنده خدمت ولی/نماینده قانونی گیرنده خدمت آقای/خانم.....صلاحیت و اهلیت قانونی جهت اعطای رضایت نامه و براءت نامه درمانی ظرفیت تصمیم گیری در امور درمانی توضیح داده شده را دارد.<br>۴- بیمار در حضور متخصص پزشکی قانونی بیمارستان ، آقای/خانم .....را به عنوان جانشین و وکیل تام الاختیار خویش برای هرگونه تصمیم گیری در امور تشخیص درمانی خود ، در صورت بروز شرایط خاص بالینی که قادر به تصمیم گیری در امور درمانی خویش نباشد، تعیین نمود.<br>۵- بیمار/ولی قانونی بیمار توضیحات و اطلاعات و آگاهی لازم را درمورد نوع بیماری، عوارض و خطرات بیماری و عدم پذیرش درمان، روشهای درمانی ممکن، درمان پیشنهادی و فواید آن و به ویژه عوارض و خطرات درمان را دریافت و درک نموده است.<br>۶- در صورت عدم پذیرش درمان پیشنهادی توسط بیمار و تقاضای ترک بیمارستان/مرکز درمانی با رضایت شخصی، نظریه تخصصی پزشکی قانونی درمورد صحت و اعتبار قانونی اجابت تقاضای ترخیص در فرم مشاوره جهت بهره برداری درج شود. |                                                                   |
| امضاء و مهر متخصص پزشکی قانونی:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | امضاء و اثر انگشت گیرنده خدمت / ولی /نماینده قانونی گیرنده خدمت : |
| تاریخ و ساعت :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | تاریخ و ساعت :                                                    |