

آرم بیمارستان	فرم رضایت و برأت نامه آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی		آرم دانشگاه
شماره ملی : National Code :			شماره پرونده : Unit Number :
پزشک معالج : Attending physician :	بخش : Ward	نام : نام خانوادگی : Family name :	نام پدر : Father name :
تاریخ پذیرش : Date of Admission :	تخت : Bed :	تاریخ تولد : Date of Birth :	
سطح تحصیلات بیمار/ولی قانونی	اتاق : Room		

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 : 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

ادامه از صفحه قبل

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

۱. 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.
۲. مدارک هویتی گیرنده خدمت □ ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت □ خانم / آقای منطبق با اطلاعات درج شده در پرونده بیمار می باشد.
۳. 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.
۴. 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.

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی / نماینده قانونی

تاریخ و ساعت / امضاء و مهر متخصص پزشکی قانونی

این قسمت توسط پزشک بیهوشی بیمارستان تکمیل گردد

اینجانب دکتر متخصص بیهوشی بیمار فوق الذکر در خصوص 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 ابزار هایی از منافذ طبیعی بدن وارد می شود . اقدامات تهاجمی شامل یک طیف از اقدامات تهاجمی پوستی با کمترین شدت (بیوپسی ، اکسزیون ، 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.