



فرم رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی

CONSCIOUS CONSENT FORM FOR DIAGNOSTIC AND INVASIVE PROCEDURES

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date Of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد.

این جانب دکتر پزشک معالج بیمار فوق الذکر؛ اطلاعات کافی و آگاهی لازم در خصوص اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی که به منظور تشخیص یا درمان بیماری انجام می شود، اهم مزایا، عوارض و عواقب احتمالی و همچنین روش های جایگزین آن را به شرح ذیل به آقای / خانم گیرنده خدمت □ ولی □ نماینده قانونی وی □ ارائه نموده ام.

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

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

روش یا روش های جایگزین روش 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:

این قسمت توسط بیمار / ولی / نماینده قانونی وی تکمیل گردد.

این جانب گیرنده خدمت □ ولی □ نماینده قانونی وی □ دارای شماره ملی / شماره شناسنامه متولد / / به طور کامل این فرم را مطالعه نموده (شنیده و تفهیم شده ام) و با توضیحات ارائه شده توسط پزشک؛ از مزایا، عوارض، عواقب احتمالی، روش های جایگزین و عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / جراحی / بیهوشی مطلع شدم و در حضور سرکار خانم / جناب آقای دکتر با آزادی، علم و درک کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور اعلام می دارم و کلیه کادر تشخیصی و درمانی مرتبط را از هرگونه عارضه پدید آمده بری الذمه می دانم و حق هرگونه شکایت کیفری یا مدنی را از نامبردگان ساقط می نمایم.

تاریخ: ساعت اخذ رضایت:

امضاء یا اثر انگشت بیمار / ولی / نماینده قانونی بیمار

این قسمت توسط شاهدان تکمیل گردد.

نام و نام خانوادگی شاهد اول:	نام و نام خانوادگی شاهد دوم:
شماره ملی: نسبت با بیمار:	شماره ملی: نسبت با بیمار:
تاریخ و ساعت: امضاء یا اثر انگشت شاهد ۱	تاریخ و ساعت: امضاء یا اثر انگشت شاهد ۲

چنانچه بیمار نیاز به بیهوشی دارد این قسمت توسط متخصص بیهوشی تکمیل گردد.

این جانب دکتر متخصص بیهوشی بیمار فوق الذکر؛ اطلاعات کافی و آگاهی لازم در خصوص روش بیهوشی که به منظور تشخیص یا درمان بیماری انجام می شود، اهم مزایا، عوارض و عواقب احتمالی و همچنین روش های جایگزین آن را به شرح ذیل به آقای / خانم گیرنده خدمت □ ولی □ نماینده قانونی وی □ ارائه نموده ام.

روش اجرایی و مزایای استفاده از روش بیهوشی توصیه شده:

اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش بیهوشی توصیه شده:

روش یا روش های جایگزین با ذکر مزایا و عوارض احتمالی:

عواقب عدم پذیرش روش بیهوشی توصیه شده:

مهر و امضاء پزشک متخصص بیهوشی

تاریخ و ساعت اخذ رضایت:

این قسمت توسط بیمار / ولی / نماینده قانونی وی تکمیل گردد.

این جانب گیرنده خدمت □ ولی □ نماینده قانونی وی □ دارای شماره ملی / شماره شناسنامه متولد / / به طور کامل این فرم را مطالعه نموده (شنیده و تفهیم شده ام) و با توضیحات ارائه شده توسط پزشک؛ از مزایا، عوارض، عواقب احتمالی، روش های جایگزین و عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / جراحی / بیهوشی مطلع شدم و در حضور سرکار خانم / جناب آقای دکتر با آزادی، علم و درک کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور اعلام می دارم و کلیه کادر تشخیصی و درمانی مرتبط را از هرگونه عارضه پدید آمده بری الذمه می دانم و حق هرگونه شکایت کیفری یا مدنی را از نامبردگان ساقط می نمایم.

تاریخ: **ساعت اخذ رضایت:**

امضاء یا اثر انگشت بیمار / ولی / نماینده قانونی بیمار

این قسمت توسط شاهدان تکمیل گردد.

نام و نام خانوادگی شاهد اول:
شماره ملی: نسبت با بیمار:
تاریخ و ساعت: امضاء یا اثر انگشت شاهد ۱

نام و نام خانوادگی شاهد دوم:
شماره ملی: نسبت با بیمار:
تاریخ و ساعت: امضاء یا اثر انگشت شاهد ۲

چنانچه بیمار نیاز به اعزام دارد (به استثناء موارد اورژانس با لحاظ نمودن منافع بیمار) این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد.

توضیح علت اعزام:

اهم عواقب احتمالی عدم پذیرش اعزام توسط بیمار / ولی بیمار / نماینده قانونی:

منافع اعزام:

توصیه و دستورات پزشک معالج حین اعزام:

این قسمت توسط بیمار / ولی / نماینده قانونی وی تکمیل گردد.

این جانب گیرنده خدمت □ ولی □ نماینده قانونی وی □ دارای شماره ملی / شماره شناسنامه متولد / / به طور کامل این فرم را مطالعه نموده (یا شنیده و تفهیم شده ام) و با توضیحات ارائه شده توسط پزشک؛ از مزایا، عوارض، عواقب احتمالی، روش های جایگزین و عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / جراحی / بیهوشی مطلع شدم و در حضور سرکار خانم / جناب آقای دکتر با آزادی، علم و درک کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور اعلام می دارم و کلیه کادر تشخیصی و درمانی مرتبط را از هرگونه عارضه پدید آمده بری الذمه می دانم و حق هرگونه شکایت کیفری یا مدنی را از نامبردگان ساقط می نمایم.

تاریخ: **ساعت اخذ رضایت:**

امضاء یا اثر انگشت بیمار / ولی / نماینده قانونی بیمار

این قسمت توسط شاهدان تکمیل گردد.

نام و نام خانوادگی شاهد اول:
شماره ملی: نسبت با بیمار:
تاریخ و ساعت: امضاء یا اثر انگشت شاهد ۱

نام و نام خانوادگی شاهد دوم:
شماره ملی: نسبت با بیمار:
تاریخ و ساعت: امضاء یا اثر انگشت شاهد ۲

مهر و امضاء پزشک اعزام کننده

تاریخ و ساعت اخذ رضایت: