



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



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

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

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

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :

مهر و امضاء پزشک معالج :

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.

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی / نماینده قانونی بیمار:

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 آن را بر عهده می گیرم .

امضاء و مهر سوپروایزر بیمارستان / مرکز درمانی:

امضاء و مهر پزشک معالج:

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی / نماینده قانونی بیمار:

تاریخ و ساعت:

تاریخ و ساعت:

تاریخ و ساعت:

این قسمت توسط شاهدان تکمیل گردد

شاهد اول:

نام و نام خانوادگی نام پدر شماره

شاهد دوم:

نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه / کد ملی

نسبت با بیمار

شناسنامه / کد ملی نسبت با بیمار

امضاء و اثر انگشت / تاریخ و ساعت شاهد ۲:

امضاء و اثر انگشت / تاریخ و ساعت شاهد ۱:

به پشت برگه رجوع شود

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:

پروسجر 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، اکسیژون، کرایوتراپی عمیق برای ضایعات بدخیم، جایگزینی پروپ یا کاتتر، ورود به حفرات بدن از طریق سوزن یا تروکار) تا پیوندهای چندگانه پیشرفته را شامل می شود

اقدام تشخیصی: پرتو تشخیصی، آنژیوگرافی، ERCP، لاپاراسکوپي 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.