



فرم رضایت آگاهانه و برائت نامه اقدامات تشخیصی - درمانی

National Code : شماره ملی :		Unit Number : شماره پرونده :	
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 ارائه دهنده خدمت تکمیل گردد

اینجانب دکتر پزشک معالج بیمار فوق الذکر در خصوص اقدام تشخیصی و درمانی که به منظور تشخیص و درمان بیماری 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 اولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت داده ام که شامل:

عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی درمانی:

.....

مزایای استفاده از روش تشخیص یا درمانی توصیه شده :

.....

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

.....

روش یا روشهای جایگزینی تشخیصی یا درمانی با ذکر مزایا یا عوارض احتمالی :

.....

مهتر 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 روشهای جایگزین آن توسط پزشک معالج / پزشک مشاور جناب آقای / سرکار خانم دکتر کسب نموده ام و با آگاهی کامل از اینکه اقدامات تشخیصی و درمانی در این مرکز آموزشی درمانی، توسط تیم پزشکی با سرپرستی متخصصین مربوطه صورت می گیرد، بدینوسیله رضایت خود را جهت اقدام مذکور و سایر اقدامات تشخیصی و درمانی لازم که طبق صلاحدید پزشکان و کادر درمانی و با رعایت موازین فنی و علمی انجام شود، اعلام می دارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز هرگونه عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید بری الذمه نموده و هیچ ادعایی اعم از کیفری یا مدنی نخواهم داشت .

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

این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد

نام و نام خانوادگی نام پدر متولد شماره شناسنامه / کد ملی نسبت با بیمار شماره تلفن	امضاء و اثر انگشت شاهد :
	تاریخ و ساعت :

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی - درمانی پیشنهادی قسمت ذیل تکمیل شود

بدینوسیله ضمن انصراف از پذیرش خدمت عدم رضایت خود را جهت اقدامات تشخیصی - درمانی مذکور اعلام می دارم و کادر تشخیصی و درمانی را نسبت به هرگونه 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 مسئولیت کلیه عواقب آن را بر عهده می گیرم

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار :	تاریخ و ساعت :
--	----------------

این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد

نام و نام خانوادگی نام پدر متولد شماره شناسنامه / کد ملی نسبت با بیمار شماره تلفن

امضاء و اثر انگشت شاهد :	تاریخ و ساعت :
--------------------------	----------------

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

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.
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. بیمار در حضور متخصص پزشکی قانونی بیمارستان، آقای / خانم را به عنوان جانشین و وکیل تام الاختیار خویش برای هرگونه تصمیم گیری در امور تشخیصی درمانی خود، در صورت بروز شرایط خاص بالینی که قادر به تصمیم گیری در امور درمانی خویش نباشد، تعیین نمود.
۵. بیمار / ولی قانونی بیمار توضیحات و اطلاعات و آگاهی لازم را در مورد 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.
۶. 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 ترخیص در فرم مشاوره جهت بهره برداری درج شود.

امضاء و اثر انگشت گیرنده خدمت / ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت	امضاء و مهر متخصص پزشکی قانونی
تاریخ و ساعت	تاریخ و ساعت