



فرم رضایت نامه و برائت نامه آگاهانه

اقدامات تشخیصی - درمانی

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

این قسمت توسط پزشک ارائه دهنده خدمت تکمیل گردد

اینجانب دکتر پزشک معالج بیمار فوق الذکر درخصوص 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 ولی / 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 :

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 روشهای جایگزین آن توسط پزشک معالج 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 :

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 الزمه 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

تاریخ و ساعت:

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار :

این قسمت توسط شاهدان تکمیل گردد

شاهد اول :

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

تاریخ و ساعت :

امضاء و اثر انگشت شاهد ۱:

شاهد دوم :

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

تاریخ و ساعت :

امضاء و اثر انگشت شاهد ۲ :

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

- مدارک هویتی گیرنده خدمت □ ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت □ خانم / آقای.....
منطبق با اطلاعات درج شده در پرونده بیمار می باشد.
- گیرنده خدمت □ ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت □ آقای / خانم..... صلاحیت و اهلیت قانونی جهت اعطای رضایت نامه و براءت نامه درمانی و ظرفیت تصمیم گیری در امور درمانی توضیح داده شده را دارد.
- گیرنده خدمت اظهار می دارد در صورت بروز شرایط خاص بالینی که قادر به تصمیم گیری در امور درمانی خویش نباشد، مسئولیت تصمیم گیری را به آقای..... واگذار می نماید.
- 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.
- در صورت عدم پذیرش درمان پیشنهادی توسط بیمار و تقاضای ترخیص با رضایت شخصی، نیز نظریه تخصصی پزشکی قانونی در مورد صحت و اعتبار قانونی اجابت تقاضای ترخیص در فرم مشاوره جهت بهره برداری درج شود

تاریخ و ساعت

ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت

امضاء و اثر انگشت گیرنده خدمت /

امضاء و مهر متخصص پزشکی قانونی