|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران**  **مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان ........................** | | | | | |  |  |
| National Code: | | شماره ملی: | |  | | | | | | Unit Number: | شماره پرونده: |
| **فرم رضایت آگاهانه** | | | | | |
| Attending Physician: | | | پزشک معالج: | Ward: | بخش: | | Name: | | نام: | Family Name: | نام خانوادگی: |
| Room: | اتاق: | |
| Date of Admission: | | | تاریخ پذیرش: | Date of Birth: | تاریخ تولد: | | Father Name: | نام پدر: |
| Bed: | تخت: | |
| **این قسمت توسط پزشک معالج / فرد اقدام گر تکمیل گردد** | | | | | | | | | | | |
| اینجانب دکتر ....................................... توضیحات کامل و آگاهی لازم را به خانم / آقای .................................................. بیمار (گیرنده خدمت) 🞏 / ولی قانونی بیمار 🞏 درخصوص اقدام تشخیصی درمانی/ جراحی ................................................ در موارد ذیل داده ام.  مزایای استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده :  .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده :  .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی با ذکر مزایا یا عوارض احتمالی :  ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | |
| تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: | | | | | | مهر و امضاء پزشک معالج: | | | | | |
| **این قسمت توسط بیمار / ولی قانونی بیمار تکمیل گردد** | | | | | | | | | | | |
| اینجانب ...........................................( بیمار 🞏 / ولی قانونی بیمار 🞏) فرزند ........................... دارای کد ملی ..................................... و شماره شناسنامه .............................. صادره از .............................. متولد ....../ ........./ ............... با آگاهی کامل 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 ناشی از بروز عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی ، فنی و قانونی ممکن است پدید آید ، مبری نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت. | | | | | | | | | | | |
| تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: | | | | | | | امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار: | | | | |
| **این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد** | | | | | | | | | | | |
| شاهد اول :  نام و نام خانوادگی ............................................. نام پدر ............................. شماره شناسنامه/کدملی ............................ نسبت با بیمار ................................ تلفن ...................................... | | | | | | | | | | | |
| تاریخ و ساعت : | | | | | | | امضاء و اثر انگشت شاهد : | | | | |
| شاهد دوم :  نام و نام خانوادگی ............................................. نام پدر ............................. شماره شناسنامه/کدملی ............................ نسبت با بیمار ................................ تلفن ...................................... | | | | | | | | | | | |
| تاریخ و ساعت : | | | | | | | امضاء و اثر انگشت شاهد : | | | | |
| **این قسمت توسط پزشک بیهوشی تکمیل گردد** | | | | | | | | | | | |
| اینجانب دکتر .............................................متخصص بیهوشی ، توضیحات لازم و آگاهی کامل را به آقا/خانم ......................................بیمار / ولی قانونی بیماردر مورد روش هوشبری/بی حسی توصیه شده .................................................. که جهت اقدام تشخیصی و درمانی ......................................................... بیمار لازم است، داده ام. در ضمن آگاهی لازم در مورد:  مزایای استفاده از روش فوق :  ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش فوق:  ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  اهم عوارض و عواقب احتمالی استفاده از روش هوشبری و بی حسی جایگزین :  ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | |
| تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: | | | | | | | مهر و امضای پزشک بیهوشی: | | | | |
| **این قسمت توسط بیمار / ولی قانونی بیمار تکمیل گردد** | | | | | | | | | | | |
| اینجانب ...........................................( بیمار 🞏 / ولی قانونی بیمار 🞏) فرزند ........................... دارای کد ملی ..................................... و شماره شناسنامه .............................. صادره از .............................. متولد ....../ ........./ ............... با آگاهی کامل 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 ناشی از بروز عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی ، فنی و قانونی ممکن است پدید آید ، مبری نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت. | | | | | | | | | | | |
| تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: | | | | | | | امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار : | | | | |
| **این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد** | | | | | | | | | | | |
| شاهد اول :  نام و نام خانوادگی ............................................. نام پدر ............................. شماره شناسنامه/کدملی ............................ نسبت با بیمار ................................ تلفن ...................................... | | | | | | | | | | | |
| تاریخ و ساعت : | | | | | | | امضاء و اثر انگشت شاهد : | | | | |
| شاهد دوم :  نام و نام خانوادگی ............................................. نام پدر ............................. شماره شناسنامه/کدملی ............................ نسبت با بیمار ................................ تلفن ...................................... | | | | | | | | | | | |
| تاریخ و ساعت : | | | | | | | امضاء و اثر انگشت شاهد : | | | | |
| **این قسمت در صورت عدم رضایت به انجام اقدام تشخیصی /درمانی/جراحی پیشنهادی توسط بیمار تکمیل گردد** | | | | | | | | | | | |
| بدینوسیله با ارائه توضیحات لازم توسط کادر معالج، از ضرورت اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی ...................... به میزان کافی آگاه شدم. لیکن مراتب انصراف و عدم رضایت خود را از انجام آن اعلام می دارم و کادر تشخیصی- درمانی را نسبت به هر گونه آسیب و خطرات ناشی از عدم دریافت اقدامات درمانی بری الذمه نموده و هیچگونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی را نخواهم داشت و مسئولیت کلیه عواقب آن را بر عهده می گیرم . | | | | | | | | | | | |
| مهر و امضا پزشک معالج  تاریخ و ساعت: | | | | | | | امضا و اثر انگشت بیمار/ ولی قانونی:  تاریخ و ساعت: | | | | |