



دانشگاه علوم پزشکی ابن سینا همدان
مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی بعثت

عنوان سند

رضایت آگاهانه بفاش اورژانس

بخیه زدن

RI.FO.80

شماره سند

A

شماره ویرایش

شماره پرونده: Unite No: کد ملی: National Number: نام پزشک: Physician Name:

نام خانوادگی: Family name: نام: Name: نام پدر: Father name: تاریخ تولد: Date of birth

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد.

اینجانب انجام دهنده اقدام تشخیصی درمانی / جراحی **بخیه زدن**، توضیحات کافی و آگاهی لازم در مورد اهم مزایا، عوارض و عواقب احتمالی و همچنین روش های جایگزین آن به خانم/ آقا گیرنده خدمت، ولی / وابسته درجه یک ارائه داده ام که شامل:

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

کاهش خطر عفونت. بهبود شکل ظاهری. ترمیم سریعتر زخم

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

خطر عفونت پوستی، عفونت خونی، ایجاد گوشت اضافه، بدشکلی ظاهری، نگرتن بخیه، نیاز به بخیه مجدد، خونریزی، نکروز (سیاه شدن و از بین رفتن)، نیاز به بستری و مصرف آنتی بیوتیک تزریقی، باقی ماندن نخ بخیه، نیاز به بیهوشی و عوارض بیهوشی، نارضایتی از شکل ظاهری

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

ندارد

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

عدم بهبودی

مهر و امضاء پزشک معالج:

تاریخ و ساعت انجام پروسیجر:

مهر و امضاء کارشناس (پرستاری، بیهوشی، اتاق عمل، ...):

امضاء و اثر انگشت بیمار:

امضاء و اثر انگشت شاهد بیمار:

امضاء و اثر انگشت شاهد بیمار: