



مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی بعثت
همدان

عنوان سند رضایت آگاهانه

RI.FO.05

شماره سند

D

شماره ویرایش

National Number: کد ملی:		Unite No: شماره پرونده:	
Physician Name: نام پزشک:	<input type="checkbox"/> مؤنث: <input type="checkbox"/> مذکر:	ward بخش: Bed تخت:	Name: نام: Family name: نام خانوادگی:
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	تابعیت: <input type="checkbox"/> ایرانی: <input type="checkbox"/> غیرایرانی:	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل: <input type="checkbox"/> مجرد: سایر موارد:	Date of birth: تاریخ تولد: Father name: نام پدر:

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 روشهای جایگزین آن به آقای / خانم گیرنده خدمت/ ولی / وابسته درجه یک 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 روش تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده:

مهر و امضاء پزشک معالج:	تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:
-------------------------	------------------------------

این قسمت توسط بیمار / ولی / وابستگان درجه یک بیمار تکمیل گردد.

اینجانب بیمار ولی وابسته درجه یک بیمار فرزند دارای کد ملی: و شماره شناسنامه: صادره از متولد تاریخ:/...../..... بطور کامل این فرم را مطالعه نموده و با توضیحات ارائه شده از مزایا، عوارض و یا عواقب احتمالی، روش جایگزین و عواقب عدم پذیرش روش 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.

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی / وابسته درجه یک بیمار:	تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:
---	------------------------------

این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد.

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