

## بیمارستان محب کوثر

## فرم رضایت آگاهانه و برائت نامه

کد ملی : National Number:

کد پذیرش :

شماره پرونده :

Admitting Physician: پزشک بستری کننده :	Ward: بخش :	Name نام :	Family نام خانوادگی :
Room: اتاق :	Admission Date: تاریخ پذیرش :	Date Of Birth: تاریخ تولد :	Father Name نام پدر :
Bed: تخت :			

## این قسمت توسط پزشک معالج / فرد اقدام گر تکمیل گردد

اینجناب دکتر ..... توضیحات کامل و آگاهی لازم را به آقای / خانم ..... (بیمار/گیرنده خدمت)  ولی قانونی بیمار اقدام تشخیصی درمانی / جراحی تعویض مفصل هیپ در موارد ذیل انجام داده ام.

مزایای استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده :

## اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی یا درمانی :

احتمال در رفتگی مفصل، درد مزمن، لنگیدن و اختلاف طول پاها، عوارض تزریق خون، آسیب عصبی، فلج، عوارض مربوط به پوست محل عمل، تولید صدا توسط پروتز هنگام حرکت، عوارض بیهوشی، آمبولی ریه، لخته شدن خون در رگهای پا یا ریه، خونریزی، عفونت، استهلاک و فرسایش پروتز و نیاز به تعویض مجدد آن و نیاز به عمل جراحی بعدی و متعدد، شکستگی استخوان اطراف پروتز، احتمال شکستگی مفصل مصنوعی، احتمال لق شدن و شل شدن مفصل و عوارض ناشناخته و غیر قابل پیش بینی دیگر احتمال آمبولی چربی

روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی با ذکر مزایا یا عوارض :

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :

مهر و امضا پزشک معالج :

## این قسمت توسط بیمار / ولی قانونی بیمار تکمیل گردد

اینجناب ..... (بیمار/گیرنده خدمت)  ولی قانونی بیمار  فرزند ..... دارای کد ..... 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 هیچگونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :

امضا و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی :

## این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد

شاهد اول :

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

تاریخ و ساعت :

امضا و اثر انگشت شاهد :

شاهد دوم :

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

تاریخ و ساعت :

امضا و اثر انگشت شاهد :