

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

اینجانب دکتر توضیحات کامل و آگاهی لازم را به آقای / خانم (بیمار) گیرنده خدمت ولی قانونی بیمار اقدام تشخیصی درمانی / جراحی ستون فقرات 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 آسیب نخاع و ریشه های عصبی - احتمال اختلال حرکتی، حسی اندام تحتانی - احتمال عفونت - احتمال عود دیسک کمر بعد از جراحی - احتمال آسیب پرده نخاع و نشت - احتمال عدم جوش خوردن محل عمل - احتمال احتیاج به تزریق خون و خونریزی

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

اینجانب (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: