

بیمارستان محب گوثر  
فرم رضایت آگاهانه و برائت نامه

کد ملی : National Number:

کد پذیرش :

شماره پرونده :

Admitting Physician: پزشک بستری کننده : دکتر	Ward: بخش :	Name نام :	Family نام خانوادگی :
Admission Date: تاریخ پذیرش :	Room: اتاق :	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 تراکتوستومی در موارد ذیل انجام داده ام.

## مزایای استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده :

احتمال کم عفونت ریوی، احتمال کم تنگی تراشه، احتمال کم تراکتومالاسی، آسایش بیشتر برای بیمار

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

خونریزی، پارگی مری

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

: استفاده از لوله تراشه که عوارض عفونی بیشتری به همراه دارد و آسایش بیمار مختلف خواهد شد.

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 :