

## بیمارستان محب کوثر

## فرم رضایت آگاهانه و برائت نامه

National Number: کد ملی :

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 هرنی اینگوینال 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 :

عفونت زخم - هماتوم زخم (تجمع لخته داخل زخم) - پس زدن مش توسط بافت - بی حسی ناحیه داخلی کشاله ران - بی حسی ناحیه خارجی اسکروتوم (ناحیه خارجی بیضه) - در مورد هرنی عود کرده، احتمال ایسکمی بیضه (آسیب عروق بیضه)، آبنه بیضه، هیدروسول (تجمع مایع اطراف بیضه)

## 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 :