

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 آندوسکوپی در موارد ذیل انجام داده ام.

مزایای استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده :

دقت بیشتر نسبت به سایر روشهای تشخیصی + امکان انجام نمونه برداری و در صورت نیاز انجام اقدامات درمانی

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

۱- مشکلات ناشی از ۶- عفونت ۵- خونریزی ۴- پارگی جدار دستگاه گوارش ۳- آسیب به احشاء داخلی ۲- درد
- ایجاد عوارض قلبی در ۸٪ بلع دردناک بصورت گذرا - فوت در موارد نادر و هرگونه عارضه نادر دیگر که در کتب ۹ سنین بالا و یا وجود بیماری زمینه ای قلبی پزشکی ذکر شده است
روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی با ذکر مزایا یا عوارض :
روشهای رادیولوژیک و سی تی اسکن

-عدم نیاز به ۲- غیر تهاجمی بودن ۱ مزایا : Sedation ۳- هزینه کمتر

-عدم امکان انجام اقدامات درمانی ۳- عدم امکان بیوپسی ۲- دقت کمتر ۱ معایب

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 :