



کد فرم: ALZ- PI - 102
تاریخ بازنگری: ۹۲/۶/۱۸
بازنگری بعدی: ۹۳/۶/۱۸

مرکز آموزشی درمانی الزهراء - تبریز فرم رضایت آگاهانه



تاریخ تکمیل فرم:

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام پدر بیمار:	شماره پرونده:	تاریخ تولد:
کد ملی:	بخش بستری:		

نام اقدام درمانی:

مزایا و هدف اقدام درمانی:

معایب و خطرات احتمالی اقدام درمانی:

اینجانب بیمار ☐ ولی بیمار ☐ سرپرست بیمار ☐ نماینده قانونی بیمار ☐ با توضیحات پزشک معالج و کادر درمانی از نحوه درمان و خطرات احتمالی مربوط به نام درمان به خوبی مطلع شدم و با آگاهی کامل رضایت خود را در حضور جناب آقای / سرکار خانم جهت انجام اقدامات فوق با رعایت موازین فنی و علمی اعلام می دارم. بدینوسیله پزشکان و کارکنان این مرکز را از مسوولیت ناشی از خطرات و عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی که ممکن است پدید آید مبری نموده و هر گونه شکایت کیفری و حقوقی را نفیاً یا اثباتاً از خود سلب می نمایم.

امضاء و مهر پزشک معالج:

نام و نام خانوادگی بیمار: اثر انگشت تاریخ: ساعت:

امضاء و مهر پرستار بیمار:

لیست اعمال و اقداماتی که نیاز به رضایت آگاهانه دارد:

۶. تهیه بیوپسی
۷. عوارض بیهوشی
۸. آمادگی های روده ای
۹. رضایت از انترن ها برای حضور در زایمان بیمار

۱. تزریق خون
۲. ختنه نوزاد
۳. تعویض خون
۴. شیمی درمانی
۵. تزریق ماده حاجب برای سی تی اسکن

مواردی که رضایت آگاهانه توسط واحد پذیرش اخذ خواهد شد:

۱. رضایت از والدین جهت انتقال نوزاد در مواردی که در مرکز تخت خالی برای پذیرش نوزاد وجود ندارد ☐ رضایت ☐ عدم رضایت ☐
۲. رضایت از والدین جهت اعزام نوزاد حین بستری ☐ رضایت ☐ عدم رضایت ☐