



دانشگاه علوم پزشکی  
وزارت بهداشت، درمانی و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان .....

National Code:	شماره ملی:	فرم رضایت آگاهانه		Unit Number:	شماره پرونده:
Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:
		Bed:	تخت:	Father Name:	نام پدر:

این قسمت توسط پزشک معالج / فرد اقدام گر تکمیل گردد

اینجانب دکتر ..... توضیحات کامل و آگاهی لازم را به خانم / آقای ..... بیمار (گیرنده خدمت) □ / ولی قانونی بیمار □ در خصوص اقدام تشخیصی درمانی / جراحی ..... در موارد ذیل داده ام.  
مزایای استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده :

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

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

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

مهر و امضاء پزشک معالج:

این قسمت توسط بیمار / ولی قانونی بیمار تکمیل گردد

اینجانب ..... (بیمار □ / ولی قانونی بیمار □) فرزند ..... دارای کد ملی ..... 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 هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت.

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار:

این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد

شاهد اول :

نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... شماره شناسنامه/کدملی ..... نسبت با بیمار ..... تلفن .....

تاریخ و ساعت :

امضاء و اثر انگشت شاهد :

شاهد دوم :

نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... شماره شناسنامه/کدملی ..... نسبت با بیمار ..... تلفن .....

تاریخ و ساعت :

امضاء و اثر انگشت شاهد :



### این قسمت توسط پزشک بیهوشی تکمیل گردد

اینجانب دکتر ..... متخصص بیهوشی ، توضیحات لازم و آگاهی کامل را به آقا/خانم ..... بیمار / ولی قانونی بیمار □ در مورد روش هوشبری/بی حسی توصیه شده ..... که جهت اقدام تشخیصی و درمانی ..... بیمار لازم است، داده ام. در ضمن آگاهی لازم در مورد: مزایای استفاده از روش فوق :

اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش فوق:

اهم عوارض و عواقب احتمالی استفاده از روش هوشبری و بی حسی جایگزین :

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

مهر و امضای پزشک بیهوشی:

### این قسمت توسط بیمار / ولی قانونی بیمار تکمیل گردد

اینجانب ..... (بیمار □ / ولی قانونی بیمار □) فرزند ..... دارای کد ملی ..... 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 هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت.

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار :

### این قسمت توسط شاهد تکمیل گردد

شاهد اول :

نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... شماره شناسنامه/کدملی ..... نسبت با بیمار ..... تلفن .....

تاریخ و ساعت :

امضاء و اثر انگشت شاهد :

شاهد دوم :

نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... شماره شناسنامه/کدملی ..... نسبت با بیمار ..... تلفن .....

تاریخ و ساعت :

امضاء و اثر انگشت شاهد :

### این قسمت در صورت عدم رضایت به انجام اقدام تشخیصی /درمانی/جراحی پیشنهادی توسط بیمار تکمیل گردد

بدینوسیله با ارائه توضیحات لازم توسط کادر معالج، از ضرورت اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی ..... به میزان کافی آگاه شدم. لیکن مراتب انصراف و عدم رضایت خود را از انجام آن اعلام می دارم و کادر تشخیصی - درمانی را نسبت به هر گونه آسیب و خطرات ناشی از عدم دریافت اقدامات درمانی بری الذمه نموده و هیچگونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی را نخواهم داشت و مسئولیت کلیه عواقب آن را بر عهده می گیرم .

مهر و امضا پزشک معالج

امضا و اثر انگشت بیمار/ ولی قانونی:

تاریخ و ساعت:

تاریخ و ساعت: