



### فرم اخذ رضایت آگاهانه از بیمار

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام بخش:	تاریخ:	شماره پرونده:
<b>این قسمت توسط پزشک معالج و در بالین بیمار پر گردد</b>			
اینجانب خانم/آقای دکتر: .....نوع اقدام تشخیصی/درمانی:..... برای بیمارم پیشنهاد می کنم و موارد زیر را به او توضیح داده ام:			
- منافع و مزایای پروسیجر:			
- عوارض و خطرات احتمالی پروسیجر:			
- روش یا روش های جایگزین و مزایا و عوارض احتمالی آن:			
- خطرات احتمالی در صورت عدم درمان:			
مهر و امضاء پزشک معالج:		مهر و امضاء شاهد:	
<b>این قسمت توسط بیمار تکمیل گردد</b>			
اینجانب ----- اطلاعات لازم را در مورد نوع بیماری، روش درمانی پیشنهادی، خطرات و عوارض احتمالی درمان های جایگزین و خطرات نپذیرفتن درمان را از پزشک معالجم، دریافت نموده ام.			
و بدینوسیله رضایت آگاهانه و برائت خود را برای دریافت درمان پیشنهادی، اعلام میدارم.			
برای دریافت درمان پیشنهادی، رضایت ندارم و این اجازه به کادر درمانی داده نمی شود.			
دلیل عدم رضایت:		افراد ناراضی:	
تبصره ۱: در صورت عدم هوشیاری بیمار دو نفر از وابستگان وی، فرم را تکمیل و امضا می کنند			
امضاء و اثر انگشت همراه بیمار		امضاء و اثر انگشت همراه بیمار	
تبصره ۲: در صورت نداشتن سن قانونی بیمار، والدین وی، فرم را تکمیل و امضا می کنند.			
تبصره ۳: در صورتی که صدمه منجر به خسارت یا مرگ به بیمار، در اثر قصور پزشکی (بی مبالاتی، بی احتیاطی، عدم رعایت نظامات دولتی و عدم مهارت) باشد، برائت اخذ شده، قابل قبول نیست.			

توجه: هدف از اخذ رضایت آگاهانه کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی و اعلام خطرات جسمانی به بیمار است