

رضایت نامه

این فرم باید در حضور یکی از پزشکان کادر معالج (پزشک، دستیار) تکمیل گردد.

اینجانب.....فرزند.....دارای کد ملی.....و شماره شناسنامه..... صادره از تاریخ تولد...../...../..... بیمار ولی بیمار.....سرپرست بیمار.....نماینده قانونی بیمار.....با توضیحات پزشکان و کادر معالج از عوارض احتمالی مربوط به انجام..... که اهم عوارض شایع آن عبارت است از..... و روشهای جایگزین..... عوارض..... مزایا.....

به خوبی مطلع شدم و در حضور جناب آقای /سرکارخانم دکتر 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 علی رغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید میرا نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت.

امضاء و اثر انگشت بیمار : امضاء و اثر انگشت ولی دم و یا قیم: تاریخ و ساعت:

شاهد اول(پرستار) نام و نام خانوادگی:..... با شماره نظام پرستاری

امضاء ومهر و اثر انگشت: تاریخ و ساعت:

شاهد دوم: نام و نام خانوادگی :.....نام پدر.....شماره شناسنامه یا کد ملی.....نسبت با بیمار.....

نشانی و تلفن تماس.....

امضاء و اثر انگشت: تاریخ و ساعت:

نام و نام خانوادگی پزشک معالج (پزشک، دستیار):..... با شماره نظام پزشکی

مهر وامضاء: تاریخ و ساعت:

از نظر این آئین نامه فوریت‌های پزشکی (اورژانس) شامل موارد زیر میشود:

۱- مسمومیت‌ها

۲- سوختگی‌ها

۳- زایمانها

۴- صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسایط نقلیه

۵- سکته‌های مغزی و قلبی

۶- خونریزی‌ها و شوک‌ها

۷- اغما

۸- اختلالات تنفسی شدید و خفگی‌ها

۹- تشنجات

۱۰- بیماریهای عفونی خطرناک مانند مننژیتها

۱۱- بیماریهای نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند