



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

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

این قسمت توسط پزشک معالج و انجام دهندگان پروسیجرها با اشراف کافی از شرایط بیمار تکمیل گردد

اینجانب دکتر متخصص با سابقه کار 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. روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج ، محاسن و میزان اثربخشی آن و روشهای جایگزین اعم از تهاجمی و غیرتهاجمی و مقایسه آنها :

مخاطرات روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج با توضیح میزان ریسک و روشهای جایگزین و مقایسه آنها :

اقدامات تشخیصی درمانی مورد نیاز پس از روش درمانی ارائه شده و هزینه های متعاقب بعدی :

عواقب ترک درمان پیشنهادی و روشهای جایگزین و عواقب اجتماعی روش درمانی اعم از ازکارافتادگی دائم یا موقت، نیاز به مراقبت پس از ترخیص و مانند آن:

مهر و امضاء پزشک معالج و انجام دهندگان پروسیجرها: تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

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.

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی بیمار: تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

این قسمت توسط شاهد (یکی از وابستگان درجه یک بیمار) تکمیل گردد

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

امضاء شاهد : تاریخ و ساعت :

در صورت عدم رضایت بیمار، دستورالعمل الزامات برخورد با امتناع بیماران از درمانهای ضروری اجرا و مستندات، ضمیمه پرونده پزشکی شود.