



## فرم رضایت آگاهانه

تاریخ:

### ( Informed Consent Form )

#### اعمال جراحی و بیهوشی و اقدامات تهاجمی تشخیصی و درمانی

بدینوسیله اینجانب ..... فرزند..... متولد..... با صلاحدید پزشک معالج آقای/خانم دکتر.....

جهت تشخیص یا درمان ..... تحت ..... قرار می گیرم ، اعلام می دارم:

• عوارض احتمالی و خطرات کلی:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• عوارض و خطرات احتمالی عدم انجام عمل:

• سایر روشهای درمانی احتمالی (اگر وجود دارد):

• همه گیری کرونا و احتمال ابتلا به آن ، علی رغم رعایت پروتکل و دستورالعمل های ابلاغی با در نظر داشتن نهمفتگی طولانی بیماری مطرح است و حتی تست منفی رد کننده بیماری نمی باشد .

به اینجانب توضیح داده شد ، لذا با آگاهی و اراده در خصوص کلیه موارد فوق رضایت خود را از انجام این عمل اعلام می نمایم و در صورت بروز عوارض و خطرات فوق الذکر چنانچه این اعمال که بر اساس مقررات و ضوابط و موازین علمی و آیین نامه های مربوطه انجام می شوند منجر به هر گونه خسارت یا صدماتی به اینجانب شود و با توجه به مواد ۴۹۵ و ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی، پزشکان و گروه پزشکی و پرسنل و بیمارستان را از عواقب آن مبری نموده و برائت ایشان را اعلام می دارم و حق و حقوق خود را در خصوص مطالبه هر گونه خسارت سلب و ساقط می نمایم.

مهرو امضای پزشک معالج:

امضاء و اثر انگشت بیمار(یا ولی بیمار):

تاریخ اخذ رضایت نامه:

مهرو امضای شاهد (پرستار یا دستیار):

در موارد پر خطر (High Risk) با درخواست مشاوره پزشکی قانونی قسمت زیر تکمیل شود:



امضاء و اثر انگشت خانواده درجه اول یا ولی بیمار:

امضاء و اثر انگشت خانواده درجه اول یا ولی بیمار:

مهرو امضای متخصص پزشکی قانونی بیمارستان :

\* در صورتی که پروسیجر مربوطه فرم اختصاصی داشته باشد به رویت و امضای بیمار رسیده و ضمیمه گردد.