



رضایت آگاهانه بیمار در اقدامات تشخیصی - درمانی - تهاجمی

شماره پرونده:	نام خانوادگی:	نام:	نام پزشک:
نام پدر:	تاریخ تولد:	تشخیص:	نام بخش:

این بخش با حضور پزشک و پرستار و بر بالین بیمار تکمیل گردد.

اینجانب خانم/ آقای..... نوع اقدام تشخیصی / درمانی:

منافع و مزایای روش درمانی / تشخیصی :

عوارض یا عواقب روش درمانی / تشخیصی:

روش و یا روش های جایگزین و مزایا و عوارض احتمالی آن :

خطرات احتمالی در صورت عدم درمان:

را برای بیمار توضیح داده ام .

نام و نام خانوادگی شاهد (از بستگان درجه اول بیمار)

امضاء و اثر انگشت

تاریخ و ساعت

پرستار حاضر

امضاء و مهر

تاریخ و ساعت

پزشک معالج

امضاء و مهر

تاریخ و ساعت

این بخش توسط بیمار تکمیل گردد.

اینجانب بیمار / ولی بیمار / قیم بیمار فرزند دارای کد ملی

که نیاز به اقدام تشخیصی / درمانی دارم، با توجه به اطلاعات داده شده توسط با آگاهی

کامل در مورد نوع اقدام، کلیه خطرات، منافع و مزایا، عوارض یا عواقب احتمالی آن، روش یا روش های جایگزین و مزایا و عوارض احتمالی آن،

خطرات احتمالی در صورت عدم درمان ، بدین وسیله رضایت آگاهانه خود را برای اقدام مذکور اعلام می دارم.

تاریخ و ساعت

امضاء و اثر انگشت