

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

شماره پرونده:

سابقه بستری شدن:

دارد ندارد

نام خانوادگی:	نام پدر:	جنس: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد
تاریخ تولد:	محل تولد:	شماره شناسنامه یا کد ملی:	مذهب:
نشانی و تلفن بیمار:			

رضایت آگاهانه

اینجانب فرزند دارای کد ملی و شماره شناسنامه صادره از متولد بیمار ولی بیمار سرپرست قانونی بیمار نماینده قانونی بیمار با علم و آگاهی و سلامت تشخیص با توضیحات پزشک یا پزشکان و همکاران تیم کادر معالج نسبت به موارد زیر به روشنی مطلع شدم .
شرح تشخیص بیماری :
نوع درمان / عمل جراحی توصیه شده :
مزایای درمان / عمل جراحی توصیه شده :
عوارض شایع درمان / عمل جراحی توصیه شده :
اقداماتی که ممکن است در طول زمان درمان / عمل صورت گیرد :
روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی :
مزایای روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی :
عوارض روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی :
همچنین در حضور (کادر درمان) با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور و سایر اقدامات تشخیصی و درمانی که طبق صلاحدید پزشکان و کادر درمانی و با رعایت موازین علمی، فنی و قانونی انجام شود، اعلام می دارم .
مضافاً آنکه اینجانب با علم و آگاهی از اینکه امکان دارد نوبت عمل اینجانب بمدت طولانی گردد همچنان نسبت به انجام اقدامات فوق الذکر رضایت خود را اعلام می نمایم.
تاریخ زمان: ساعت: دقیقه: (با دست خط رضایت دهنده نوشته شود "متن فوق را خواندم و آگاهی یافتم.") اثر انگشت بیمار / اولیاء قانونی

امضاء و مهر پزشک معالج

شاهد (کادر درمان): نام و نام خانوادگی نام پدر سمت: امضاء
شاهد: نام و نام خانوادگی نام پدر دارای کد ملی نسبت با بیمار
نشانی و شماره تلفن تماس شاهد: اثر انگشت شاهد

برائت نامه

اینجانب فرزند دارای کد ملی و شماره شناسنامه صادره از متولد بیمار ولی بیمار سرپرست قانونی بیمار نماینده قانونی بیمار با علم و آگاهی و سلامت تشخیص، پزشک معالج آقای دکتر/خانم دکتر و تیم همراه و کادر تشخیصی و درمانی را از هر گونه مسئولیت ناشی از بروز عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین فنی، علمی و قانونی ممکن است بروز نماید مبری و بری الذمه می نمایم.
تاریخ زمان: ساعت: دقیقه: اثر انگشت بیمار / اولیاء قانونی
امضاء و مهر پزشک معالج
شاهد (کادر درمان): نام و نام خانوادگی نام پدر سمت: امضاء
شاهد: نام و نام خانوادگی نام پدر دارای کد ملی نسبت با بیمار
نشانی و شماره تلفن: اثر انگشت شاهد

موادی از قانون مجازات اسلامی در خصوص رضایت نامه و برائت نامه

ماده ۴۹۵ - هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه أخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می شود. تبصره ۱- در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هر چند برائت أخذ نکرده باشد.

تبصره ۲- ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستانهای مربوطه به اعطای برائت به طبیب اقدام می نماید.

ماده ۴۹۶ - پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می نماید، در صورت تلف یا صدمه بدنی ضامن است مگر آنکه مطابق ماده (۴۹۵) این قانون عمل نماید.

تبصره ۱- در موارد مزبور، هرگاه مریض یا پرستار بداند که دستور اشتباه است و موجب صدمه و تلف می شود و با وجود این به دستور عمل کند، پزشک ضامن نیست بلکه صدمه و خسارت مستند به خود مریض یا پرستار است.

تبصره ۲ - در قطع عضو یا جراحات ایجاد شده در معالجات پزشکی طبق ماده (۴۹۵) این قانون عمل می شود.

ماده ۴۹۷ - در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

بند "ج" ماده ۱۵۸ قانون جدید مجازات اسلامی

اعمال زیر جرم محسوب نمی شود :

هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود .

آئین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۶۴/۸/۱۵

ماده یک : فوریت پزشکی به مواردی اطلاق می شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی ، نقص عضو یا عوارض صعب العلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد .

ماده دو : از نظر این آئین نامه ، فوریت های پزشکی (اورژانس) شامل موارد زیر است :

- ۱- مسمومیت ها ۲- سوختگی ها ۳- زایمان ها ۴- صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسائط نقلیه ۵- سکته های قلبی و مغزی ۶- خونریزی ها و شوک ها ۷- اغماء ۸- اختلالات تنفسی شدید و خفگی ها ۹- تشنجات ۱۰- بیماریهای عفونی خطرناک مانند مننژیت ۱۱- بیماریهای نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند ۱۲- سایر مواردی که در شمول ماده یک قرار می گیرد .

اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

اینجانب بیمار / ولی بیمار رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی خود / بیمار خود را در امور آموزشی ، تحقیقاتی ، درمانی و حقوقی توسط بیمارستان را اعلام می دارم.

تاریخ:..... زمان : ساعت:..... دقیقه:..... اثر انگشت بیمار / ولی بیمار

شاهد: نام و نام خانوادگی نام پدر دارای کد ملی نسبت با بیمار / سمت:.....

نشانی و شماره تلفن تماس:.....

امضاء/ اثر انگشت شاهد