

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

دفعات بستری:

وضعیت تاهل: مجرد متأهل

جنس: مؤنث مذکر

نام پدر:

نام:

نام خانوادگی:

شماره شناسنامه

یا کد ملی:

محل تولد:

تاریخ تولد:

شغل:

مذهب:

نشانی و تلفن بیمار:

اجازه ترخیص با مسئولیت شخصی

اینجانب بیمار / ولی بیمارنسبت با بیمار با میل شخصی خود و برخلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان و با آگاهی از عوارض و خطرات محتمل از این اقدام که شامل این موارد می باشد.....
مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود ، نمی دانم.

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

صورت جلسه اظهار عدم امکان اخذ رضایت نامه در شرایط اورژانسی

نظر به اینکه برابر قانون (ماده ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی) در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد پزشک ضامن نمی باشد فلذا با توجه به این قانون چون اجازه گرفتن از بیمار و سایر اشخاص ذیصلاح به لحاظ وضعیت بیمار آقای / خانم ممکن نمی باشد و با عنایت به فوریت اقدامات درمانی و یا اعمال جراحی بدین وسیله ضرورت انجام اقدامات درمانی و اعمال جراحی بدون اخذ رضایت ، تأیید و احراز می گردد.

تاریخ:..... زمان: ساعت: دقیقه:..... نام و نام خانوادگی نام و نام خانوادگی

امضاء و مهر پزشک معالج: امضاء و مهر پزشک همکار / پرستار / کادر درمانی (۱) امضاء و مهر پزشک همکار / پرستار / کادر درمانی (۲)

صورت جلسه ترک مرکز درمانی و امتناع بیمار از تکمیل فرم ترخیص با مسئولیت شخصی

بیمار علیرغم ذکر مراتب ضرورت و فوریت انجام اقدامات درمانی و اعمال جراحی و آگاهی از عوارض احتمالی همچون : حاضر به انجام اقدامات مذکور نبوده و لذا بدون تکمیل فرم ترخیص با میل شخصی ، مرکز درمانی را ترک می نماید.

تاریخ:..... زمان: ساعت: دقیقه:.....

نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی:

امضاء و مهر پزشک معالج: امضاء و مهر پزشک همکار / پرستار / کادر درمانی (۱) امضاء و مهر پزشک همکار / پرستار / کادر درمانی (۲)

صورت جلسه امتناع بیمار از درمان توصیه شده توسط کادر درمان

اینجانب بیمار / ولی بیمار علیرغم ذکر مراتب ضرورت و فوریت انجام اقدام که عدم انجام آن می تواند منجر به بروز عوارضی همچون گردد حاضر به انجام اقدام یا اقدامات مذکور نبوده و لذا با مسئولیت خود / اولیاء قانونی از انجام آن امتناع می نمایم.

تاریخ: زمان: ساعت: دقیقه: اثر انگشت بیمار / ولی بیمار امضاء و مهر پزشک معالج

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

نشانی و شماره تلفن تماس:

امضاء / اثر انگشت شاهد اول

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

نشانی و شماره تلفن تماس:

امضاء / اثر انگشت شاهد دوم

اجازه قطع عضو

اینجانب بیمار / ولی بیمار فرزند دارای کد ملی ساکن با توجه به ضرورت و فوریت انجام قطع عضو به علت اجازه می دهم پزشک یا پزشکان مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان (نام عضو) اینجانب / بیمار اینجانب را از ناحیه قطع نمایند و بدین وسیله براثت پزشک یا پزشکان مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان فوق الذکر را از انجام اقدام فوق که در مورد انجام می دهند ، اعلام می دارم.

تاریخ: زمان: ساعت: دقیقه: اثر انگشت بیمار / ولی بیمار امضاء و مهر پزشک معالج

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

نشانی و شماره تلفن تماس:

امضاء / اثر انگشت شاهد اول

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

نشانی و شماره تلفن تماس:

امضاء / اثر انگشت شاهد دوم