وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

|  |  |
| --- | --- |
|  | سابقه بستري شدن: |
|  |  ندارد  |  | دارد  |
|  |  دفعات بستري:  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | شماره پرونده : |

#####  دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني شيراز

 **مركز آموزشي درماني / بيمارستان :...........................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام خانوادگي:** |  | **نام:** |  | **نام پدر:** |  | **جنس: مؤنث□ مذکر□** |  | **وضعیت تآهل: مجرد □**  متأهل □ |
| **تاريخ ‏تولد:** |  | **محل تولد:** |  | **شماره شناسنامه یا کد ملی:** |  | **مذهب:** |  | **شغل:** |  |
| **نشاني و تلفن بیمار:** |  |
| اجازه ترخيص با ميل شخصي  اينجانب بيمار / ولي بيمار ..................................نسبت با بيمار ........................................... با ميل شخصي خود و برخلاف صلاحديد و توصيه پزشكان مسئول بيمارستان ........................................... و با آگاهي از عوارض و خطرات محتمل از اين اقدام كه شامل اين موارد مي باشد.......................................................................................................... ......................................................................................................................................................................................، اين مركز را ترك مي نمايم و اعلام مي دارم كه هيچ يك از مسئولين اين بيمارستان را مسئول عواقب و خطراتي كه از اين عمل ناشي مي شود ، نمي دانم.  **تاريخ .......................... زمان: ساعت: ...........دقيقه:................. اثر انگشت بيمار/ اولياء قانوني امضاء و مهر پزشك معالج**  **شاهد(كادر درمان) : نام و نام خانوادگي ....................................... نام پدر ........................ سمت : امضاء**  **شاهد : نام و نام خانوادگي .................................................. نام پدر ................................. داراي كد ملي .......................... نسبت با بيمار ...................................**  **نشاني و شماره تلفن :........................................................................................................................................................... اثر انگشت شاهد** |

**صورت جلسه اظهار عدم امكان اخذ رضايت نامه در شرايط اورژانسي**

 نظر به اينكه برابر قانون (ماده 497 قانون مجازات اسلامي) در موارد فوري كه اجازه گرفتن ممكن نباشد پزشك ضامن نمي باشد فلذا با توجه به اين قانون چون اجازه گرفتن از بيمار و ساير اشخاص ذيصلاح به لحاظ وضعيت بيمار آقاي / خانم .................................. ممكن نمي باشد و با عنايت به فوريت اقدامات درماني و يا اعمال جراحي ............................................................. بدين وسيله ضرورت انجام اقدامات درماني و اعمال جراحي بدون اخذ رضايت ، تائيد و احراز مي گردد.

 **تاريخ:..........................زمان :. ساعت: .............دقيقه:................... نام و نام خانوادگي نام و نام خانوادگي**

 **امضاء ومهر پزشك همكار/پرستار/ كادر درماني (1) امضاء ومهر پزشك همكار/پرستار/كادردرماني(2)**

**امضاء و مهر پزشك معالج :**

**صورت جلسه ترك مركز درماني و امتناع بيمار از تكميل فرم ترخيص با ميل شخصي**

بيمار عليرغم ذكر مراتب ضرورت و فوريت انجام اقدامات درماني و اعمال جراحي و آگاهي از عوارض احتمالي همچون : ..................................................................................................... .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 حاضر به انجام اقدامات مذكور نبوده و لذا بدون تكميل فرم ترخيص با ميل شخصي ، مركز درماني را ترك مي نمايد.

 **تاريخ:..........................زمان :. ساعت: .............دقيقه:.................**

 **نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی:**

**امضاء و مهر پزشک معالج: امضاء و مهر پزشک همکار / پرستار / کادر درمانی (1) امضاء و مهر پزشک همکار / پرستار / کادر درمانی (2)**

**طرح بهينه نمودن سيستم مدارك پزشكي استان فارس–V060395**

**صورت جلسه امتناع بيمار از درمان توصيه شده توسط كادر درمان**

 اينجانب بيمار / ولي بيمار......................................... عليرغم ذكر مراتب ضرورت و فوريت انجام اقدام ........................................................................ كه عدم انجام آن مي تواند منجر به بروز عوارضي همچون .............................................................................................................................................................................................................................

گردد حاضر به انجام اقدام يا اقدامات مذكور نبوده و لذا با مسئوليت خود / اولياء قانوني از انجام آن امتناع مي نمايم.

 **تاريخ:......................... زمان :. ساعت: .............دقيقه:................... اثر انگشت بيمار/ولي بيمار امضاء و مهر پزشك معالج**

 **شاهد اول : نام و نام خانوادگي ........................... نام پدر ................... داراي كد ملي .......................... نسبت با بيمار / سمت ................................................**

 **نشاني و شماره تلفن تماس:.............................................................................................................................................................................................................**

 **امضاء/ اثر انگشت شاهد اول**

 **شاهد دوم : نام و نام خانوادگي ........................... نام پدر ................... داراي كد ملي ................... نسبت با بيمار/ سمت ...........................................................**

 **نشاني و شماره تلفن تماس ................................................................................................................................................................................................................**

 **امضاء/ اثر انگشت شاهد دوم**

**اجازه قطع عضو**

اينجانب بيمار / ولي بيمار..............................................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 برائت پزشک یا پزشکان مرکز اموزشی درمانی / بیمارستان فوق الذکر را از انجام اقدام فوق که در مورد .................................. انجام می دهند ، اعلام می دارم.

**تاريخ:..........................زمان :. ساعت: .............دقيقه:................... اثر انگشت بيمار/ولي بيمار امضاء و مهر پزشك معالج**

 **شاهد اول : نام و نام خانوادگي ........................... نام پدر ................... داراي كد ملي .......................... نسبت با بيمار / سمت ................................................**

 **نشاني و شماره تلفن تماس:.............................................................................................................................................................................................................**

 **امضاء/ اثر انگشت شاهد اول**

 **شاهد دوم : نام و نام خانوادگي ........................... نام پدر ................... داراي كد ملي ................... نسبت با بيمار/ سمت ...........................................................**

 **نشاني و شماره تلفن تماس ................................................................................................................................................................................................................**

 **امضاء/ اثر انگشت شاهد دوم**