

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ	ساعت	دستورات پزشک	اقدامات پرستار

مهر و امضا:

تاریخ مراجعه بعدی:

علایم حیاتی بیمار:

RR:

PR:

BP:

GCS:

T:

رضایت آگاهانه بیمار

اینجانب..... اطلاعات لازم را در مورد نوع بیماری، روش درمانی پیشنهادی، خطرات و عوارض احتمالی درمان های جایگزین و خطرات نپذیرفتن درمان را از پزشک معالجم، دریافت نموده ام. و بدینوسیله رضایت آگاهانه خود را برای دریافت درمان پیشنهادی، اعلام میدارم

امضا و اثر انگشت

اینجانب.....

برای دریافت درمان پیشنهادی، رضایت ندارم و این اجازه به کادر درمانی داده نمی شود.

دلیل عدم رضایت.....

امضا و اثر انگشت

تبصره ۱: در صورت عدم هوشیاری بیمار دو نفر از وابستگان وی ، فرم را تکمیل و امضا می کنند .

تبصره ۲: در صورت نداشتن سن قانونی بیمار، والدین وی، فرم را تکمیل و امضا می کنند .