



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فرم تعهدنامه

اینجانب بیمار..... دارای کد ملی..... تاریخ تولد..... شغل:.....

آدرس محل سکونت:.....

آدرس محل اشتغال:.....

تلفن ثابت منزل:..... تلفن همراه (۱):..... تلفن همراه (۲):..... تلفن محل کار:

که به صورت سرپایی در مرکز خدمات جامع سلامت:...../بستری بیمارستان:..... شهرستان:..... مورد آزمایش از نظر ابتلا به کووید-۱۹ (بیماری کرونا) قرار گرفته ام متعهد می گردم به منظور حفظ سلامت عمومی جامعه و پیشگیری از انتقال بیماری به سایر افراد به مدت روز از تاریخ:..... لغایت اصول قرنطینه و جداسازی آموزش داده شده را رعایت نموده و به توصیه های بهداشتی زیر عمل نمایم.

۱- در مدت دو هفته قرنطینه خانگی و فاصله گذاری اجتماعی، بیمار به هیچ وجه محل اقامت خود را ترک نکرده و فقط در صورت ضرورت، با مرکز بهداشت محل سکونت خود هماهنگی و کسب اجازه نماید.

۲- در صورت اقامت در مجتمع مسکونی طی مدت دوره نقاهت (دو هفته)، بیمار به هیچ وجه در مشاعات مجتمع تردد ننموده و با همسایگان تماس و معاشرت نداشته باشد.

۳- نسبت به رعایت موازین بهداشتی مطابق دستورالعمل مراقبت از بیماران مثبت قطعی که توسط مراقبان سلامت و پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ابلاغ می گردد با کمال دقت عمل خواهد شد.

۴- در صورت بروز هرگونه علائم نظیر تنگی نفس، سرفه، گلودرد، سردرد، ضعف و بیحالی فوراً مراقب سلامت مرکز بهداشت محل سکونت را مطلع و با هماهنگی ایشان بیمار به پزشک مراجعه کند.

۵- نسبت به دفع زباله های بیمار به عنوان زباله عفونی به روش بهداشتی مقرر، اقدام شود.

➤ اینجانب هرگونه عواقب ناشی از عدم رعایت دستورات بهداشتی را پذیرفته و چنانچه دستورات قرنطینه بیماری را انجام ندهم در مورد اعمال برخورد های قانونی اعتراضی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی و امضاء

➤ اینجانب همراه بیمار با نسبت فامیلی با شماره تلفن تایید این تعهد نامه را اعلام می دارم.

امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول پایگاه سلامت/مرکز خدمات جامع سلامت/بیمارستان:.....

مهر و امضاء