



دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
University of Medical Science

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: .....

شماره پرونده:

فرم عدم رضایت انتقال به مرکز مراقبتی سندرم حاد تنفسی (نقاهتگاه)

Attending Physician پزشک معالج:	Ward: بخش	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission تاریخ ترخیص:	Bed: تخت	Date of Birth: تاریخ تولد	Father Name: نام پدر:

### این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد

بیمار آقا / خانم..... خوشبختانه بخشی از درمان شما در بیمارستان با موفقیت به اتمام رسیده است و ادامه درمان شما جهت پیشگیری از شیوع بیماری در خانواده و جامعه مستلزم اقامت در مرکز مراقبتی سندرم حاد تنفسی (نقاهتگاه) به مدت ..... روز می باشد .

مهر و امضا پزشک معالج:

### این قسمت توسط مددکار اجتماعی / پرستار آموزش تکمیل گردد

عوارض عدم قرنطینه و اقامت در نقاهتگاه :

..... ۱.

..... ۲.

..... ۳.

سایر موارد:.....

آموزش های لازم در خصوص قرنطینه در منزل شامل :

..... ۱.

..... ۲.

..... ۳.

سایر موارد:.....

### این قسمت توسط بیمار / ولی یا نماینده قانونی وی تکمیل گردد

اینجانب بیمار / ولی / نماینده قانونی ..... به کد ملی..... که دوره درمان خود را در بیمارستان تکمیل و علیرغم توصیه پزشک معالج و آموزش های تیم درمان (موارد فوق الذکر) حاضر به اقامت در نقاهتگاه نیستم. و هر گونه مسئولیت قانونی ناشی از شیوع بیماری و انتقال آن به بستگان خویش / آحاد جامعه را پذیرفته و کلیه عواقب احتمالی و پاسخگویی به مراجع قضایی بر عهده اینجانب خواهد بود.  
تاریخ و ساعت اخذ رضایت:  
امضا و اثر انگشت بیمار :

امضا و اثر انگشت همراه / ولی / نماینده قانونی بیمار:

مهر و امضا مددکار اجتماعی:

مهر و امضا مسئول شیفت: