



# دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

شماره پرونده: Unit No:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:  
فرم رضایت آگاهانه ارجاع بیمار به مرکز مراقبتی سندرم حاد تنفسی

Attending Physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Name :	نام:
Date of discharge:	تاریخ ترخیص:	Bed:	تخت:	ID Number:	شماره ملی:	Family Name:	نام خانوادگی:
						Father Name:	نام پدر:

## این قسمت توسط مددکار اجتماعی تکمیل گردد

دلایل اعزام بیمار به مرکز سندرم حاد تنفسی:

امکان ایزولاسیون در منزل وجود ندارد ☐

وجود فرد دارای نقص ایمنی در محل سکونت بیمار (بدخیمی، بیماران دیالیزی، مصرف کورتون، پیوند اعضا و شیمی درمانی و ...) ☐

ارائه خدمات پرستاری توسط افراد خانواده امکان پذیر نیست ☐

سایر موارد: .....

## این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد

تعداد روزهای درمان بیماری در بیمارستان قبل از انتقال به مرکز مراقبتی سندرم حاد تنفسی:  
بیماریهای زمینه ای:

داروهای مصرفی بیمار:

نام دارو	دوز دارو	تعداد روزهای نیاز به دارو
۱-		
۲-		
۳-		
۴-		
۵- سایر داروها:		

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

نظر به اینکه اینجانب ..... بیمار ☐ ولی بیمار / نماینده قانونی بیمار ☐ دارای کد ملی / شماره شناسنامه ..... تاریخ تولد ...../...../..... با دستور پزشک معالج و طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، بایستی از بیمارستان مرخص شده و جهت ادامه مراقبت به مرکز مراقبتی سندرم حاد تنفسی ارجاع شوم، موافقت خود را جهت انتقال (با توجه به توضیحات ارائه شده از مزایای اقامت در این مرکز که شنیدم و تفهیم شد) اعلام می دارم. و حق هر گونه شکایت کیفری یا مدنی را از نامبردگان، ساقط می نمایم.

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

امضاء و اثر انگشت بیمار /ولی /نماینده قانونی بیمار:

## این قسمت توسط شاهدان تکمیل گردد

شاهد اول: نام و نام خانوادگی:..... کدملی:..... نسبت با بیمار:..... امضاء و اثر انگشت / تاریخ و ساعت شاهد ۱	شاهد دوم: نام و نام خانوادگی:..... کدملی:..... نسبت با بیمار:..... امضاء و اثر انگشت / تاریخ و ساعت شاهد ۲
مهر و امضاء مسئول شیفت:	مهر و امضاء مددکار اجتماعی:
مهر و امضاء مراقب سلامت:	مهر و امضاء پزشک معالج: