



مرکز آموزشی درمانی کودکان
حضرت امام حسین (ع)

شماره :

پرونده :

فرم رضایت آگاهانه قبل از اقدام درمانی (جراحی) ویژه دوران شیوع بیماری کرونا

نام خانوادگی بیمار:	نام بیمار:	بخش:	پزشک معالج:
نام پدر:	تاریخ تولد:	تخت:	تاریخ پذیرش:

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

اینجانب فرزند دارای کدملی / شماره شنا سنانه ولی / نماینده قانونی بیمار به طور کامل این فرم را مطالعه و بطور آگاهانه درک نموده ام و با آگاهی کامل از ضرورت انجام جراحی، اطلاع از خطرات بالقوه ناشی از تاخیر در جراحی و همچنین با اشراف کامل نسبت به شرایط خاص ناشی از همه گیری بیماری کرونا ویروس (کووید ۱۹) و با وجود رعایت اقدامات محافظتی، ایمنی، و بهداشتی انجام شده در بیمارستان، می دانم احتمال ابتلای فرزندم به این بیماری قابل پیش بینی و پیشگیری نمی باشد.

لذا با توجه به موارد پیشگفت، به کادر پزشکی مرکز آموزشی درمانی کودکان امام حسین (ع) اجازه می دهم فرزندم را تحت بستری، عمل جراحی و پیگیری تشخیصی و درمان قرار دهند. بدیهی است چنانچه علیرغم رعایت اصول، موازین علمی و فنی و اقدامات حفاظتی و بهداشتی، فرزندم مبتلا به بیماری کرونا یا عوارض و یا عواقب آن گردید، پزشکان و کادر درمانی بیمارستان فوق را از هر گونه ضمان، مسئولیت قانونی و حقوقی و کیفری مبرا بدانم.

نام و نام خانوادگی پدر بیمار:

امضا و اثر انگشت:

تاریخ و ساعت اخذ رضایت:

نام و نام خانوادگی مادر/ولی/قیم بیمار:

امضا و اثر انگشت:

تاریخ و ساعت اخذ رضایت:

نام و نام خانوادگی شاهد (پرستار):

مهر و امضا شاهد:

نام و نام خانوادگی پزشک معالج:

مهر و امضا پزشک: