



دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
University of Medical Science
مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره
پرونده:

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

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

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

اینجانب..... بیمار ☐ ولی/نماینده قانونی بیمار ☐، فرزند..... دارای کد ملی/شماره شناسنامه..... 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 اینجانب به این بیماری قابل پیش بینی و پیشگیری نمی باشد.

لذا با توجه به موارد پیشگفت، به کادر پزشکی بیمارستان..... اجازه میدهم اینجانب را تحت بستری، عمل جراحی و پیگیری تشخیصی و درمانی قرار دهند. بدیهی است چنانچه علیرغم رعایت اصول، موازین علمی و فنی و اقدامات حفاظتی و بهداشتی، اینجانب مبتلا به بیماری کرونا یا عوارض و یا عواقب آن گردیدم، پزشکان و کادر درمانی بیمارستان فوق را از هر گونه ضمان، مسئولیت قانونی، حقوقی و کیفری مبرا می دانم.

نام و نام خانوادگی ولی/قیم/سرپرست/بستگان بیمار:.....
امضا و اثر انگشت:.....
تاریخ و ساعت اخذ رضایت:.....

نام و نام خانوادگی بیمار:.....
امضا و اثر انگشت:.....
تاریخ و ساعت اخذ رضایت:.....

نام و نام خانوادگی پزشک معالج:.....
مهر و امضا پزشک:.....