

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**  
**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز**  
**مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان**

شماره پرونده:

سابقه بستری شدن:

دارد  ندارد

نام خانوادگی:	نام پدر:	جنس: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	
تاریخ تولد:	محل تولد:	شماره شناسنامه یا کد ملی:	مذهب:	شغل:
نشانی و تلفن بیمار:				

**رضایت آگاهانه**

اینجانب ..... فرزند ..... دارای کد ملی ..... و شماره شناسنامه ..... صادره از ..... متولد ..... بیمار  ولی بیمار  سرپرست قانونی بیمار  نماینده قانونی بیمار  با علم و آگاهی و سلامت تشخیص با توضیحات پزشک یا پزشکان و همکاران تیم کادر معالج نسبت به موارد زیر به روشنی مطلع شدم .

نوع درمان / عمل جراحی توصیه شده: .....

مزایای درمان / عمل جراحی توصیه شده: .....

عوارض شایع درمان / عمل جراحی توصیه شده: .....

اقداماتی که ممکن است در طول زمان درمان / عمل صورت گیرد: .....

روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی: .....

مزایای روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی: .....

عوارض روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی: .....

همچنین در حضور (کادر درمان) ..... با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور و سایر اقدامات تشخیصی و درمانی که طبق صلاحدید پزشکان و کادر درمانی و با رعایت موازین علمی، فنی و قانونی انجام شود، اعلام می دارم .

تاریخ ..... زمان: ساعت: ..... دقیقه: ..... اثر انگشت بیمار / اولیاء قانونی ..... امضاء و مهر پزشک معالج

شاهد (کادر درمان): نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... سمت: ..... امضاء

شاهد: نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... دارای کد ملی ..... نسبت با بیمار .....

نشانی و شماره تلفن تماس شاهد: ..... اثر انگشت شاهد

**برائت نامه**

اینجانب ..... فرزند ..... دارای کد ملی ..... و شماره شناسنامه ..... صادره از ..... متولد ..... بیمار  ولی بیمار  سرپرست قانونی بیمار  نماینده قانونی بیمار  با علم و آگاهی و سلامت تشخیص، پزشک معالج آقای دکتر/خانم دکتر ..... و تیم همراه و کادر تشخیصی و درمانی را از هر گونه مسئولیت ناشی از بروز عوارض احتمالی که علیرغم رعایت موازین فنی، علمی و قانونی ممکن است بروز نماید مبری و بری الذمه می نمایم.

تاریخ ..... زمان: ساعت: ..... دقیقه: ..... اثر انگشت بیمار / اولیاء قانونی ..... امضاء و مهر پزشک معالج

شاهد (کادر درمان): نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... سمت: ..... امضاء

شاهد: نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... دارای کد ملی ..... نسبت با بیمار .....

نشانی و شماره تلفن: ..... اثر انگشت شاهد

### موادی از قانون مجازات اسلامی در خصوص رضایت نامه و برائت نامه

ماده ۴۹۵ - هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه أخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می‌شود. تبصره ۱- در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هر چند برائت أخذ نکرده باشد.

تبصره ۲- ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستانهای مربوطه به اعطای برائت به طبیب اقدام می‌نماید.

ماده ۴۹۶ - پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می‌نماید، در صورت تلف یا صدمه بدنی ضامن است مگر آنکه مطابق ماده (۴۹۵) این قانون عمل نماید.

تبصره ۱- در موارد مزبور، هرگاه مریض یا پرستار بداند که دستور اشتباه است و موجب صدمه و تلف می‌شود و با وجود این به دستور عمل کند، پزشک ضامن نیست بلکه صدمه و خسارت مستند به خود مریض یا پرستار است.

تبصره ۲- در قطع عضو یا جراحات ایجاد شده در معالجات پزشکی طبق ماده (۴۹۵) این قانون عمل می‌شود.

ماده ۴۹۷ - در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

بند "ج" ماده ۱۵۸ قانون جدید مجازات اسلامی

اعمال زیر جرم محسوب نمی‌شود:

هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.

### آئین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۶۴/۸/۱۵

ماده یک: فوریت پزشکی به مواردی اطلاق می‌شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو یا عوارض صعب‌العلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد.

ماده دو: از نظر این آئین نامه، فوریت های پزشکی (اورژانس) شامل موارد زیر است:

- ۱- مسمومیت ها ۲- سوختگی ها ۳- زایمان ها ۴- صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسائط نقلیه ۵- سکته های قلبی و مغزی ۶- خونریزی ها و شوک ها ۷- اغماء ۸- اختلالات تنفسی شدید و خفگی ها ۹- تشنجات ۱۰- بیماریهای عفونی خطرناک مانند مننژیت ۱۱- بیماریهای نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند ۱۲- سایر مواردی که در شمول ماده یک قرار می‌گیرد.

### اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

اینجانب بیمار / ولی بیمار ..... رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی خود / بیمار خود را در امور آموزشی، تحقیقاتی، درمانی و حقوقی توسط بیمارستان ..... را اعلام می‌دارم.

اثر انگشت بیمار / ولی بیمار

تاریخ:..... زمان: ساعت:..... دقیقه:.....

شاهد: نام و نام خانوادگی ..... نام پدر ..... دارای کد ملی ..... نسبت با بیمار / سمت:.....

نشانی و شماره تلفن تماس:.....

امضاء / اثر انگشت شاهد