

فرم رضایت عمل جراحی

من در چند جلسه مشاوره با دکتر سید صاحب حسینی نژاد و مطالعه برگه های راهنمای عمل جراحی متوجه شدم که:

- ۱- نتایج عمل جراحی در بهترین حالت برای بهتر شدن نسبی است، یعنی رسیدن به تمام خواسته ها ، بخصوص قرینه سازی کامل ، امکان پذیر نیست.
 - ۲- متوجه شدم که در عمل جراحی من، احتمال بروز عوارض از قبیل زخم، عفونت، اختلال در شکل و یا عملکرد عضو مورد عمل و عوارض دیگر..... وجود دارد.
 - ۳- در صورت بروز عارضه، من با صبر و حوصله برای برطرف کردن عوارض با دکترم همکاری می کنم و نتایج غیرقابل تغییر را می پذیرم و براءت ایشان را از عوارض احتمالی اعلام می دارم.
 - ۴- مطلع شدم که در آینده نیز ممکن است به عمل های تکمیلی نیاز داشته باشم.
 - ۵- با امید به خداوند و اعتماد به دکترم، درخواست و رضایت خودم را نسبت به درمانهای جراحی و دارویی های در موارد زیر در یک یا چند مرحله ابراز می دارم.
- | | |
|-----|-----|
| ۱-۳ | ۱-۳ |
| ۲-۴ | ۲-۴ |
- ۶- آقای دکتر این اختیار را دارند که در هنگام عمل جراحی هر گونه تغییر نظر و اقدامی اضافه تر یا کمتر که به صلاح من است انجام دهند.
 - ۷- همسر/والدینم نسبت به عملهای جراحی من و عوارض آن آگاهند و رضایت دارند.
 - ۸- برگه های راهنما را خودم و خانواده ام به دقت خوانده ایم و ابراز می دارم که خواسته های من با نظرات ایشان هماهنگ است و در آینده اعتراضی نسبت به ایشان نخواهم داشت.
 - ۹- در جراحی های زیبایی که آقای دکتر برای اینجانب انجام می دهند هزینه حق العمل آن با توافق و رضایت خود و همسر/والدینم است.
 - ۱۰- در صورت نیاز به عمل یا عملهای مجدد اصلاحی، دستمزد جراح قابل مذاکره می باشد ولی من بایستی هزینه های اتاق عمل، بیهوشی و بیمارستان را پرداخت نمایم.
 - ۱۱- ایشان این اختیار را دارند که از عکس های من در جهت پیشرفت علم جراحی پلاستیک در مجامع علمی و یا نشریات و کتب پزشکی استفاده کنند.
 - ۱۲- من اجازه عکس برداری یا فیلمبرداری حین عمل را برای اهداف پزشکی، علمی یا آموزشی می دهم.
 - ۱۳- من میدانم که در حین عمل جراحی و درمان طبی ممکن است شرایط نا خواسته ای پیش آید و بنابراین به پزشک م و دستیارانش اجازه می دهم که هر اقدام دیگری که از نظر حرفه ای لازم باشد انجام دهند.
 - ۱۴- من با آگاهی از اینکه هر نوع بیهوشی ممکن است خطر داشته باشد و احتمال عوارض، آسیب و گاهی مرگ وجود دارد رضایت به انجام چنین اقدامات بیهوشی می دهم.
 - ۱۵- من اقرار می کنم که هیچ نوع گارانتی و تضمینی در رابطه با نتیجه عمل توسط پزشک به من داده نشده است.
 - ۱۶- به منظور اهداف آموزش پزشکی، من رضایت می دهم که پزشکان دیگر در اتاق عمل حضور یابند.
 - ۱۷- با توضیحات داده شده من موارد زیر را درک میکنم:
 - الف- درمان یا عملی که قرار است انجام شود
 - ب- درمانها یا روشهای جایگزین
 - ج- خطرات درمان و عمل جراحی

من در تاریخ رضایت خود را از انجام عمل جراحی فوق و نیز موارد ۱ تا ۱۷ اعلام می دارم و از توضیحات داده شده راضی هستم.

نام بیمار:

نام پدر یا مادر و یا همسر بیمار:

امضاء و اثر انگشت بیمار:

امضاء و اثر انگشت همراه: