



خط مشی و روش اجرایی اخذ رضایت آگاهانه



کد سند: Ibn-e-Sina&Dr.Hejazi.H 1400 / A-L&QM- QP-08
 تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱ تاریخ بازنگری بعدی: در صورت نیاز به تغییر، بازنگری انجام می گردد.
 شماره بازنگری: ۱ تاریخ تهیه: ۱۴۰۰/۰۵/۱۲

اجراکننده: پزشکان - سرپرستاران بخش - پرستاران - زیر محور مرتبط: رهبری و مدیریت کیفیت	فرد پاسخگو: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
مددکاران - واحد الکتروشوک	نحوه ارزشیابی: بررسی فرم های رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی
تعداد صفحات: ۳	

دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی - واحد الکتروشوک

بیانیه خط مشی: به منظور رعایت منشور حقوق بیمار (احترام به حق بیماران در انتخاب آزادانه و آگاهانه روش درمانی و دادن اطلاعات به نحو مطلوب و به میزان کافی به بیمار/ولی یا نماینده قانونی بیمار) پزشک و پرستار مسوول بیمار، توضیحات کامل شامل خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی روش درمانی را به اطلاع بیمار/ولی یا نماینده قانونی بیمار می رسانند.

هدف

- ❖ رعایت منشور حقوق بیمار مبنی بر احترام به حق بیماران در انتخاب آزادانه و آگاهانه روش درمانی
- ❖ آگاه نمودن بیمار/ولی یا نماینده قانونی بیمار از خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی روش درمانی

واژگان و تعاریف

- **رضایت آگاهانه:** عبارت است از موافقت آزادانه و ابطال پذیر فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم گیری های درمانی یا تحقیقاتی به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و پیامدهای آن با اعتقاد بر تاثیر این مشارکت در انتخاب موثرترین و مفیدترین روش درمانی
- **تیم درمان:** افراد متخصصی که هر گونه اقدامات درمانی و مراقبتی حوزه تخصصی خود را برای گیرندگان خدمت انجام می دهند. در این خط مشی و روش اجرایی منظور از تیم درمان، پزشک معالج و پرستار مسوول بیمار است.

شرح فعالیت: مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر بالینی، سرپرستار و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، اطلاع رسانی، آموزش و نظارت بر خط مشی و روش اجرایی اخذ رضایت آگاهانه را به عهده دارند و سایر کارکنان تیم درمانی ملزم به اجرای خط مشی و روش اجرایی اخذ رضایت آگاهانه، می باشند.

برنامه ی پیاده سازی: آگاهی کلیه کارکنان تیم درمانی از خط مشی و روش اجرایی اخذ رضایت آگاهانه و اجرای آن

امکانات و تسهیلات: فرم به روز رسانی شده رضایت آگاهانه بیمار جهت اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی

مراحل و اجرا

- ۱- لیست اقدامات تهاجمی در بیمارستان روان پزشکی ابن سینا و دکتر حجازی شامل الکتروشوک و پونکسیون لومبار (L.P) می باشد.
- ۲- رضایت آگاهانه از حقوق گیرنده خدمت بوده و به هیچ وجه جایگزین یا معادل برائت از عواقب ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نیست.
- ۳- هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.
- ۴- مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز می باشد.
- ۵- اخذ رضایت از بیماران جهت اقدامات حیاتی و اضطراری در وضعیت های تهدیدکننده حیات در درمان، قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست.
- ۶- در شرایط اضطرار و تایید پزشک جهت انجام الکتروشوک و عدم حضور یا دسترسی به خانواده بیمار با تایید و مهر سه پزشک بر طبق مصوبات کمیته اخلاق بالینی بیمارستان، بیمار می تواند الکتروشوک دریافت نماید.
- ۷- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در رابطه با اخذ رضایت آگاهانه و استانداردهای ابلاغی مرتبط به کلیه کارکنان تیم درمان اطلاع رسانی می نماید.
- ۸- تیم درمان موظف به رعایت خط مشی و روش اجرایی اخذ رضایت آگاهانه می باشند.
- ۹- مددکار بخش، هماهنگی های لازم جهت حضور خانواده گیرنده خدمت در بخش را به اطلاع رسانی می نماید.
- ۱۰- حداقل اطلاعات ضروری قبل از اخذ رضایت آگاهانه که بایستی به بیماران و خانواده بیمار ارائه شود شامل موارد ذیل می باشد:
 - نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان
 - روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج
 - محاسن و میزان اثربخشی روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج و روش های جایگزین اعم از تهاجمی و غیرتهاجمی و مقایسه آنها
 - مخاطرات روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج با توضیح میزان ریسک و روش های جایگزین و مقایسه آنها



خط مشی و روش اجرایی اخذ رضایت آگاهانه



کد سند: Ibn-e-Sina&Dr.Hejazi.H 1400 / A-L&QM- QP-08
 شماره بازنگری: ۱ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱ تاریخ بازنگری بعدی: در صورت نیاز به تغییر، بازنگری انجام می گردد.
 تاریخ تهیه: ۱۴۰۰/۰۵/۱۲

- عواقب ترک درمان پیشنهادی و روش های جایگزین
- اقدامات تشخیصی درمانی مورد نیاز پس از روش درمانی ارائه شده و هزینه های متعاقب بعدی
- تمام اطلاعات تأثیر گذار در روند تصمیم گیری گیرنده خدمت
- ۱۱- تیم درمان اطلاعات را به شیوه روشن و قابل درک برای گیرنده خدمت در صورت برخورداری از بصیرت و داشتن آمادگی لازم برای درک مطالب / ولی یا نماینده قانونی بیمار بیان می کنند.
- ۱۲- پزشک باید قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی کلیه خطرات، منافع و عوارض احتمالی روش درمانی را به بیمار/ ولی یا نماینده قانونی توضیح داده و سپس بیمار/ ولی یا نماینده قانونی باید در حضور و با نظارت دو پرستار، برگه رضایت نامه را امضا نماید.
- ۱۳- پزشک تمامی آموزش های ارائه شده را در برگه ثبت و مهر و امضا می نماید.
- ۱۴- دو نفر از پرستاران فرم رضایت آگاهانه موجود در پرونده را مهر و امضا می نمایند.
- ۱۵- مدیر پرستاری، سوپروایزران، سرپرستاران و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر عملکرد کارکنان در رابطه با اخذ رضایت آگاهانه نظارت می نمایند.

وظایف و اختیارات

نظارت کننده : مدیر پرستاری، سوپروایزران، سرپرستاران و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
 اجرا کننده : تیم درمان، پزشک و پرستار مسوول بیمار

منابع و مراجع

- راهنمای جامع استانداردهای اعتبار بخشی ملی بیمارستانهای ایران ویرایش پنجم قابل استناد به دور ششم / سال ۱۴۰۱ - تجربیات بیمارستان
- دستورالعمل ابلاغی وزارت به شماره ۴۰۰ / ۱۲۸۴۳ د مورخ ۱۳۹۵/۰۴/۲۷ "الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسیجریهای تهاجمی)"
- راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۷)
- مستندات مرتبط: فرم رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجریهای تهاجمی)
- ضمائم: فرم رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجریهای تهاجمی)

مهر و امضاء تهیه کننده:	دکتر فاطمه محرری - مدیر گروه روان پزشکی	تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۰۱
	دکتر علی مشکین یزد - سرپرست مدیریت پرستاری	
	معصومه شریعتی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	
	مهدی فردین فر - سرپرستار بخش الکتروشوک	
	جمیله سادات فیروزی - کارشناس اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	
مهر و امضاء تایید کننده:	دکتر رضا ایروانی - معاون توسعه مدیریت و منابع بیمارستان	تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۰۱
مهر و امضاء ابلاغ کننده:	دکتر علی اکبری - ریاست بیمارستان	تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۰۱



خط مشی و روش اجرایی اخذ رضایت آگاهانه



کد سند: ۱۴۰۰/۰۵/۱۲ تاریخ تهیه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱ تاریخ بازنگری بعدی: در صورت نیاز به تغییر، بازنگری انجام می‌گردد.
شماره بازنگری: ۱ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

دانشگاه علوم پزشکی مشهد
Mashhad University of Medical Science
Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:
فرم رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی
Conscious Consent Form for Diagnostic and Invasive Procedures

Unit No: نام واحد:

نام: Name	تاریخ تولد: Date of Birth	بخش: بخش	پزشک معالج: Attending Physician
نام خانوادگی: Family Name		کلمه: Word	
نام پدر: Father Name	شماره ملی: ID Number	اتاق: Room	تاریخ پذیرش در بخش: Date of Admission
		تخت: Bed	تاریخ تولد: Date of Birth
این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد			
اینجانب دکتر: پزشک معالج بیمار فوق‌الذکر در خصوص اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی که به منظور تشخیص و یا درمان بیماری انجام می‌شود، توضیحات کافی و آگاهی لازم را در مورد اهم مزایا، حوازی و عواقب احتمالی و همچنین روش های جایگزین آن به آقای / خانم گیرنده خدمت اولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت ارائه داده ام که شامل:			
توضیح روش جراحی و مزایای استفاده از روش تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده:		اهم حوازی یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده:	
عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده:		روش یا روش های جایگزین تشخیصی / درمانی / جراحی یا ذکر مزایا و حوازی احتمالی:	
چنانچه بیمار نیاز به بیهوشی دارد این قسمت توسط پزشک بیهوشی بیمارستان تکمیل گردد			
اینجانب دکتر: متخصص بیهوشی بیمار فوق‌الذکر در خصوص روش بیهوشی که به منظور تشخیص یا درمان بیماری انجام می‌شود، اطلاعات کافی و آگاهی لازم را در مورد اهم مزایا، حوازی و عواقب احتمالی و همچنین روش های جایگزین آن به آقای / خانم گیرنده خدمت اولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت ارائه داده ام که شامل:			
توضیح روش اجرایی و مزایای استفاده از روش بیهوشی توصیه شده:		اهم حوازی یا عواقب احتمالی استفاده از روش بیهوشی توصیه شده:	
روش یا روش های جایگزین یا ذکر مزایا و حوازی احتمالی:		عواقب عدم پذیرش روش بیهوشی توصیه شده:	
چنانچه بیمار نیاز به اعزام دارد (به استثناء موارد اورژانسی با لحاظ نمودن منافع بیمار) این قسمت توسط پزشک معالج بیمارستان تکمیل گردد			
توضیح علت اعزام:		اهم حوازی احتمالی عدم پذیرش اعزام توسط بیمار/ولی بیمار/نماینده قانونی:	
منافع اعزام:		توصیه و دسکورات پزشک معالج در حین اعزام:	
این قسمت توسط بیمار / ولی یا نماینده قانونی بیمار تکمیل گردد			
اینجانب بیمار / ولی بیمار / نماینده قانونی بیمار □ دارای کد ملی / شماره شناسنامه تاریخ تولد به طور کامل این فرم را مطالعه نموده و با توضیحات ارائه شده از مزایا، حوازی و عواقب احتمالی روش جایگزین و عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی / بیهوشی / اعزام، مطلع شدم (شنیدم و تفهیم شده) و در حضور سرکار خانم / دکتر / جناب آقای دکتر با آزادی، علم و درک کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور اعلام می‌دارم و کلیه کادر تشخیصی و درمانی مرتبط را از هر گونه عارضه پدید آمده، بری الذمه می‌نمایم، و حق هر گونه شکایت کیفری یا مدنی را از تائید گان، ساقط می‌نمایم.			
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: کد ملی:	شاهد دوم: نام و نام خانوادگی: کد ملی:	امضاء و اثر انگشت / تاریخ و ساعت شاهد ۲	
امضاء و اثر انگشت / تاریخ و ساعت شاهد ۱		امضاء و اثر انگشت / تاریخ و ساعت شاهد ۲	
مهر و امضاء پزشک معالج اعزام کننده بیمار:	مهر و امضاء متخصص بیهوشی:	مهر و امضاء پزشک معالج:	
تاریخ و ساعت اخذ رضایت:	تاریخ و ساعت اخذ رضایت:	تاریخ و ساعت اخذ رضایت:	