

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ درمان با الکتروشوک
ELECTROSHOCKTHERAPY SHEET

Unit No: شماره پرونده:

[illegible]

برگ درمان با الکتروشوک
ELECTROSHOCKTHERAPY SHEET

رضایت نامه ذیل باید دارای امضاء یا اثر انگشت مشخص بیمار باشد (در صورتیکه بیمار به سن قانونی نرسیده باشد یا دچار اختلالات ذهنی و روانی باشد رضایت نامه باید توسط ولی و یا سرپرست قانونی وی تکمیل گردد).

« اجازه انجام الکتروشوک »

اینجانب بیمار / و لی بیمار ساکن

اجازه می دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان هر نوع معالجه / در ارتباط با الکتروشوک را که صلاح بدانند در مورد اینجانب / بیمار اینجانب به مورد اجرا بگذارند و بدینوسیله براءت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد از / ج ا م می دهند اعلام می دارم. ضمناً متعهد می شوم که خود و خانواده ام از هر گونه همکاری، در جهت درمان و ترخیص و پیگیری به بیمارستان کوتاهی نکرده و در صورت عدم همکاری، مسئولین بیمارستان می توانند هر تصمیمی اعم از درمان یا ترخیص یا نگهداری دائم در مورد بیمار را اخذ نمایند.

امضاء بیمار ولی / س ر پ ر ست / قیم شاهد (۱)

تاریخ: . تاریخ: تاریخ:

شاهد (۲)

تاریخ: