



ALZAHRA – EYE HOSPITAL

عقل سره رضایت نامه / برانت نامه د تشخیصی / درملنی / جراحي
اقداماتو لپاره

د پاسپورت کود:

د ډاډګي نمبر: File :
No

Attending Physician		ډاکټر معالج	Ward	څانګه	Name	نوم:	Family Name	د کورنۍ نوم
Date of Admission		د مننې نېټه	Room	خونۍ	Date of Birth		د زیږیدلو نېټه	
			Bed	بستر:			Father's Name	
دا برخه د معالج ډاکټر لخوا بشپړ کيږي.								
زه د ډاکټر، د دې لوړ ذکر شوی ناروغ د معالج ډاکټر یم، د تشخیصی / درملنی / جراحي اقدام لپاره، چې د دې ناروغ کي د تشخیص او یا درملنې لپاره ترسره کیږي، د دې اقدام د اهم ګټو، ګواښونو او احتمالي عواقب او هم د بدیلو طریقو په اړه کافي وضاحت او ضروری آگاهی ګی د د خدمت گیرنده [] ولی / د خدمت گیرنده د قانونی استاز [] ته ورکړی ده، چې په کې شامل دی:								
د معالج ډاکټر د م ه ر او لاسخط:								
تاریخ او وخت:								
د تشخیص بدیل میتود یا میتودونه / درملنه / جراحي			احتمالي ګواښونه او خطرات (د علمي معیارونو د اصولو رعایت سره)			د سپارښ شوي تشخیصی / درملنی / جراحي طریقې د ګټې:		
-1			-1			-1		
-2			-2			-2		
-3			-3			-3		
دا برخه د رضایت نامه د اخیستن لپاره د ناروغ/ولی یا د ناروغ د قانوني استاز لخوا بشپړ کيږي.								
زه ناروغ [] / د ناروغ د قانوني استاز [] د واده شوي (د واده شوي په صورت کې) [] فرزند د ملي کود / د شناسنامه نمبر د زیږیدلو نېټه/...../..... دې فورم بشپړ مطالعه کړی او د ورکړل شوو توضیحاتو سره د ګټو ، احتمالي ګواښونو ، بدیلو طریقو او د تشخیصی / درملنی / جراحي اقدام نه منل کولو د عواقب سره آشنا شوم او په جناب آقای /سرکار خانم ډاکټر د شتون کې د خپلې ازادې ، علم او پوره پوهې سره د مذکور اقدام لپاره خپل رضایت اعلان کوم								
د ناروغ د واده شوی د لاسخط او د ګوتي نښان (متاهل -د ښځو د جراحي د اعمال لپاره)			د ناروغ/ولی / د قانوني استاز د لاسخط او د ګوتي نښان:			نوم او فامیلی:		
نوم او فامیلی:			تاریخ او وخت:			تاریخ او وخت:		
دا برخه د برانت نامه د اخیستن لپاره د ناروغ / د ناروغ د قانوني استاز لخوا بشپړ کيږي.								
زه ناروغ [] / د ناروغ د قانوني استاز [] د واده شوي (د واده شوي په صورت کې) [] فرزند د ملي کود / د شناسنامه نمبر د زیږیدلو نېټه/...../..... دې فورم بشپړ مطالعه کړی او د ورکړل شوو توضیحاتو سره د ګټو ، احتمالي ګواښونو ، بدیلو طریقو او د تشخیصی / درملنی / جراحي اقدام نه منل کولو د عواقب سره آشنا شوم او په جناب آقای /سرکار خانم ډاکټر د شتون کې د خپلې ازادې ، علم او پوره پوهې سره د مذکور اقدام لپاره خپل رضایت اعلان کوم او د تشخیصی او درملنی کادر اعم از حقیقی - حقوقی را د څرګند شویو احتمالي ګواښونو د پیدایښت څخه د مسوولیت او ضمانت نه بری کړی، چې ممکن د علمي، تخنیکي او قانوني اصولو د رعایت سره هم پیدا شي، او زه کومه ادعا نه لرم، دوا او جزیای.								
د ناروغ د واده شوي د لاسخط او د ګوتي نښان (متاهل -د ښځو د جراحي د اعمال لپاره)			د ناروغ/ولی / د قانوني استاز د لاسخط او د ګوتي نښان:			نوم او فامیلی:		
نوم او فامیلی:			تاریخ او وخت:			تاریخ او وخت:		
په تشخیصی/درملنی/جراحي کړنو څخه د عدم رضایت یا د رضایت سره د روغتون ترکولو په صورت کې د ټیټ برخه بشپړ کړی.								
بدینوسیله، د درملنی کادر لخوا د ورکړل شوو توضیحاتو سره، زه د پورته ذکر شوي تشخیصی/درملنی/جراحي اقدام د ضرورت نه په کافي اندازه باخبر شوم. خو، زه د دې اقدام د ترس او عدم رضایت خپل څرګند کوم او د تشخیصی - درملنی کادر (اعم از حقیقی - حقوقی) یې له کوم ډول جرمي - حقوقي تعقیب څخه بری کړی او د پورته ذکر شوي تشخیصی/درملنی/جراحي اقدام نه کولو او د دې کار د عواقبو د مسوولیت په غاړه کوم.								
د ناروغ/ولی / د قانوني استاز د لاسخط او د ګوتي نښان:			د معالج ډاکټر لاسخط او م مهر:			د څانګې/ روغتون د مشر مسئول لاسخط او م مهر:		
تاریخ او وخت:			تاریخ او وخت:			تاریخ او وخت:		

ا برخه د شاهدان لخوا بشپړ کيږي

لومړی شاهد:	دوهم شاهد:
نوم او تخلص.....	نوم او تخلص.....
پلار نوم.....	پلار نوم.....
شناسنامه/کملې نمبر.....	شناسنامه/کملې نمبر.....
د مريض سره نسبت.....	د مريض سره نسبت.....
لومړي شاهد لاسخط او ټاپه:	دوهم شاهد لاسخط او ټاپه:
تاريخ او وخت:	تاريخ او وخت:

دا برخه په روغتون د طبابت قانوني متخصص لخوا، په مشاورې د غوښتنې په صورت بشپړ کيږي.

1.د آگاهانه رضایت د اخیستن لپاره د طبابت قانوني متخصصینو لخوا تخصصي مشوره، د خدمت اخیستن کوونکي □ولي / د خدمت اخیستن کوونکي قانوني نماینده□سره د مصاحبه او د کلینیکي فایل مطالعه کولو له لارې ترسیم شوی او د مشورې په پاڼه کې د استفادې لپاره درج شوی دی .	2. د خدمت اخیستن کوونکي □ولي / د خدمت اخیستن کوونکي قانوني نماینده□ خانم/آقا د هویت ثبوتونه د د فایل کې درج شوی معلوماتو سره مطابقت لري .
3 .د خدمت اخیستن کوونکي □ ولي / د خدمت اخیستن کوونکي قانوني نماینده□ خانم/آقا د درمالي رضایت نامه د ورکولو او د درمالي چارو په اړه د فیصله کولو وړتیا او قانوني اهلیت ورکړل شوی ده .	4 .په صورت کې چې د روغی د لخوا وړاندیز شوي درملنه نه منل شي او د روغتون/درمالي مرکز څخه د شخصي رضایت سره د وتلو غوښتنه وکړي، د ذکر شوي غوښتنې د صحت او قانوني اعتبار په اړه د طبابت قانوني متخصصینو نظر د مشورې په فورم کې د استفادې لپاره درج شي.
د طبابت قانوني متخصص لاسخط او م:	د مريض/ولي/قانوني نماینده لاسخط او ټاپه
تاريخ او وخت:	تاريخ او وخت:

دا برخه د بیهوشۍ ډاکټر لخوا بشپړ کيږي

زه ډاکټر، د پورته ذکر شوي مريض د بیهوشۍ متخصص، د تشخیصي / درماني / جراحي اقدام په اړه ناروغی د تشخیص او یا درملنې لپاره ترسیم شوی دی. زه د اهمیت، عوارض او احتمالي عواقب او همدا شانداره د بدیلو طریقو په اړه کافي وضاحت او اړینه آگاهی د خدمت اخیستن کوونکي □ولي / د خدمت اخیستن کوونکي قانوني نماینده□ آقا / خانم ورکړي ده.
احتمالي عوارض یا خطرات (د علمي معیارونو د رعایت کولو سره سره): بدیل لاري یا لاري:
د بیهوشۍ متخصص م مهر او لاسخط: تاريخ او وخت:

د اورژانس په حیات د خطر په حالات کې، د لومړی راضی شول اړتیا له د کارونکو د توجه بې اړه نه څوک وکړلی دی.
هڅه د اسلامي مجازات قانون په ماده 59 بنسټ ورکول کې، د کارن کولو یا درملولو په اړتیا اوسنی د لومړی د خپلو ارادو په کار کې موافقت لازمه دی، خو د یو بیهوش، کمالو او مجنون کې په حالات کې باید د بیمار د ولی یا قانوني نماینده د راضي یا برائت وړاندې شی.
دین اسلام په بدلگه کې د "ولی" د مفهوم د پلار، بابا، پلار د پلار، شرعي حاکم او د خاص شرائطونو کې د قانوني خوږو وی.
د درملولو او تشخیصي او درملولو کاروونکو په ځای کې په مختلفه ورکوي، پرتوی تشخیصي، آنژیوگرافی، ERCP، لاپاراسکوپۍ، شوک درملولو، شیمی درملولو، خون او د خون محصولاتو، بیهوشۍ، سکوت او جراحي کاروونکي مخکې شامل شي. د اقدامات تهاجمي هم د بیوپسی او د مخکې پیوند د پیشرفتی وروسته شامل شي.
د راضی ورکول د کارن د خپلو گرونو یا قانوني نماینده د مختلفه نه کار وکړي. دا پزشک باید یوه شناختي کارټ ولری، کوم په فاصله د یو

میتر کی د عکسونو نوموری، او د لیکنو د په اړه خواندني معلوماتو لري. تاسو کولای شئ چې پزشک د خپلو راضیت نامي په اړه
تفصیلات ولیکي او په پس منظور او سمولو کې پرسیدلای شئ، او د افهام او کامل ورکولو وروسته د نماینده شی امضا وکړئ.