

فرم رضایت آگاهانه و برائتنامه برای عملهای جراحی چاقی مفراط

اینجانب فرزند متولد/...../..... بیمار () // ولی بیمار ()

سرپرست یا نماینده قانونی بیمار () // با توجه به عمل جراحی و عوارض شایع و احتمالی ناشی از آن اعم از

.....
.....
.....
.....
.....
.....

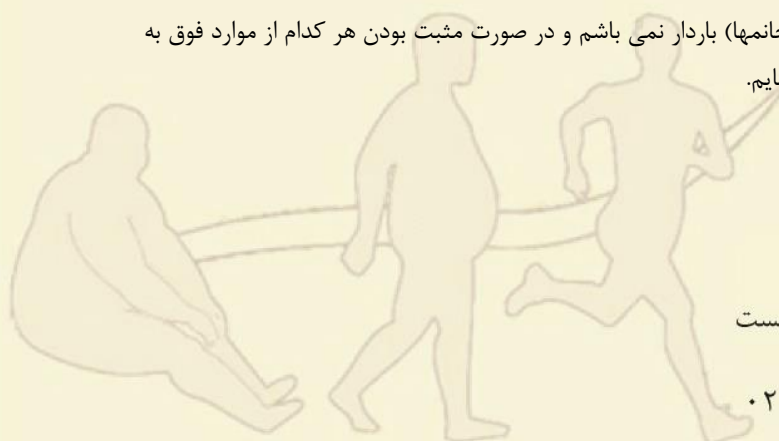
بر اساس نتایج آزمایشگاهی و معاینات و مدارک پزشکی که ارائه و تفهیم گردید و از نوع بیماری و چگونگی آن مستحضر شده ایم، بدین وسیله رضایت کامل خود را به کلیه اقدامات درمانی مرتبط با بیماری از جمله اعمال جراحی که به تشخیص پزشک یا پزشکان معالج برای درمان لازم و ضروری باشد اعلام می نمایم. از آن جا که ممکن است اقدامات درمانی با توجه به زمینه بیماری و دشواری علاج و یا اختلالات و ناهنجاری های که در جریان آن اقدامات ایجاد شود به یکی از نتایج و عواقب غیر قابل پیش بینی و اجتناب از جمله ضعف و نقصان نسبی یا کامل و یا از کارافتادگی عضو و یا به مرض دائمی یا فقدان یا نقص یکی از حواس و منافع عضو منتهی گردد و به طور کلی سلامت بیمار به نحوی است که مورد انتظار است جزئی و یا کلی اعاده نشود و یا حتی به مرگ منجر گردد و پزشک یا پزشکان مربوط که به نحوی در امر درمان دخالت داشته اند قادر به کنترل و جلوگیری آن عوارض و یا رفع مخاطرات نباشند. بدین وسیله هر گونه ادعای بعدی را از اقدامات درمانی اعم از تشخیص و نحوه درمان و تکنیک و شیوه جراحی و آثار و عوارض نامطلوب احتمالی آن را از خود سلب و با اسقاط حق شکایت کیفری و مدنی از هر یک از آنان و نیز کادر درمانی و بیمارستان برائت آنان را از هر گونه مسئولیت و مطالبه دیه یا مال و یا وجهی تحت عنوان خسارت و ضرر و زیان اعم از مادی و معنوی و از کارافتادگی با توجه به مقررات ذیل که قرائن گردید اعلام می نمایم .

در صحت و سلامت کامل عقلی و روانی و به دور از هر گونه تحریک و تشویق و پافشاری و ضمن مشورت با اعضای خانواده خود و افراد ذی صلاح، که مورد قبولم هستند کلیه مفاد متن زیر را به دقت مطالعه کردم و تمامی ابهامات خود را رفع نمودم.

در ضمن با تقبل پرداخت کلیه هزینه های عمل جراحی و درمان که قبل از هرگونه اقدامی به اطلاع من رسیده، با رضایت کامل نسبت به پرداخت آن اقدام نموده و با تمامی بندهای آن موافقت کامل دارم.

اینجانب به مشکل اضافه وزن (چاقی) خود واقفم و آگاهانه جهت مشاوره و درمان به آقای دکتر پیمان علی بیگی و تیم همکاری کننده مراجعه کرده ام.

اینجانب مبتلا به هیچگونه بیماری و یا مشکل آناتومیک نبوده و سابقه ابتلا به بیماری های عفونی و اعصاب و مصرف مواد مخدرو مشروبات الکلی و دارو و یا مکمل های خاص را نداشته ام. (خانمها) باردار نمی باشم و در صورت مثبت بودن هر کدام از موارد فوق به پزشک معالج خود اطلاع داده و درپایین این برگه ثبت می نمایم.



به نام خدا

شماره :

تاریخ :

من متقاعد شده ام که درمان اضافه وزن من و سایر علل وابسته به آن با روش جراحی امکان پذیر میباشد و ضمن موافقت با این امر به پزشک معالج خود این اجازه را میدهم که در صورت صلاحدید (در حین و یا بعد از عمل) هرگونه اقدام و یا عمل جراحی دیگری را نیز که جهت ارتقاء سلامت من لازم باشد انجام دهد. در ضمن کلیه هزینه های آن را قبول کرده و پرداخت می نمایم.

تمامی احتمالات و عوارض ناشی از عمل جراحی و همچنین خطرات احتمالی آن به عنوان یک کار تهاجمی از زمان بیهوشی تا چندین سال بعد از آن بصورت کاملا روشن به من تفهیم و رفع ابهام کامل شده است. همچنین صراحتا بیان شد که در صورت نیاز به بستری شدن طولانی مدت یا اعمال جراحی تکمیلی، یا اعمال جراحی جهت اصلاح عوارض احتمالی ایجاد شده کلیه هزینه های آن بر عهده خودم می باشد.

متعهد میشوم که کلیه دستورات پزشک معالج خود (دستورات قبل و بعد از عمل جراحی دستورات غذایی دارویی ...) را به درستی انجام دهم و در صورت بروز هرگونه تغییر (اعم از بارداری مصرف داروهای هورمونی و...) به پزشک معالج خود اطلاع داده و دستورات ایشان را بدرستی انجام دهم.

اینجانب مطالب فوق را بدقت خوانده و ضمن قبول تمامی مطالب درصورت بروز هرگونه عارضه احتمالی هیچگونه شکایت و اعتراضی (نه خود و نه هیچ یک از اعضای خانواده و آشنایان) از پزشک معالج خود آقای دکتر پیمان علی بیگی و تیم همکاری کننده با وی نداشته و رضایتمندی کامل خود را اعلام میدارم.

ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی:

« چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او براءت حاصل نموده باشد ضامن خسارت جانی مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نمی باشد»

ماده ۳۲۲ همان قانون:

« هرگاه طبیب و یا بیمار و مانند آن قبل از شروع درمان از مریض یا ولی او و یا از صاحب جوان براءت نماید عهده دار خسارت پدید آمده نخواهد بود»

قابل توجه

در مواردی که بیمار صغیر یا محجور است تحصیل رضایت و تکمیل فرم از پدر و قیم بیمار ضروری است. در مواردی که بیمار از نظر جسمی و یا روحی وضعیت و آگاهی مناسبی ندارد و قادر به ارزیابی مصالح و منافع خود نیست و یا نمی تواند تصمیمی در مورد جراحی اتخاذ نماید، اخذ اجازه در موارد غیر فوری از اولیاء بیمار لازم است.

اولیاء بیمار کسانی هستند که در صورت فوت او حق مطالبه ارث دارند.

- اخذ فتوایی شناسنامه یا مدارک شناسایی دیگر بیمار و یا اولیاء برای احراز هویت آن لازم است.

- چنانچه بیمار به جز اولیاء توسط اشخاص دیگری از بستگان یا غیر آنان همراهی شده باشد.

امضاء آن ذیل فرم به عنوان شاهد بلا مانع خواهد بود

اینجانب..... فرزند با مشخصاتی که در ذیل این براءتنامه آمده است به آقای دکتر پیمان

علی بیگی و تیم ایشان به عنوان پزشک معالج و تیم همراه ایشان اجازه میدهم که برای درمان چاقی مفرط من (BMI:) عمل جراحی را انجام دهم.

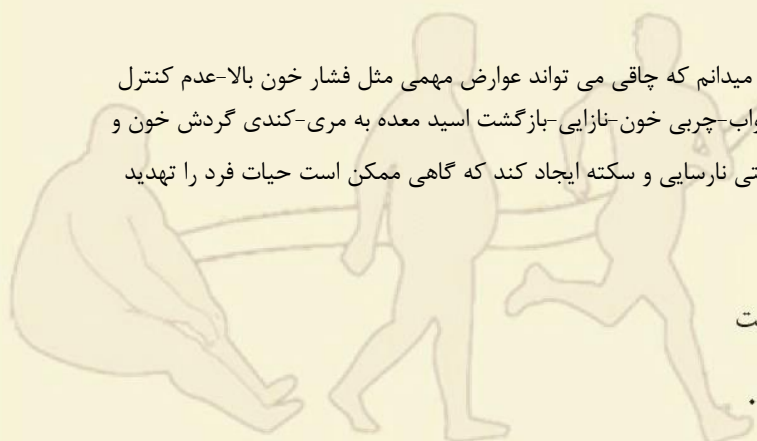
• من آگاهم که تمام مراحل و مراقبت های قبل و بعد از عمل با دخالت یا نظارت پزشک معالج و همراهان ایشان که مورد تایید علمی هستند درمان چاقی انجام خواهد شد.

• من برای درمان چاقی خود از راههای غیر جراحی موفق نبوده ام و میدانم که چاقی می تواند عوارض مهمی مثل فشار خون بالا-عدم کنترل قند خون-سر دردهای مزمن-درد مفاصل-اختلالات تنفسی در خواب-چربی خون-نازایی-بازگشت اسید معده به مری-کندی گردش خون و لخته شدن خون در رگها-اختلال در عملکرد کبد-کلیه-قلب و حتی نارسایی و سکنه ایجاد کند که گاهی ممکن است حیات فرد را تهدید کند.

آدرس : تهران - بلوار آفریقا - خیابان دیدار شمالی - بن بست

کیش شرقی - پلاک ۵۱

تلفن تماس : ۰۲۱ ۸۸۸ ۷۵ ۸۳۷ | ۰۲۱ ۸۸۸ ۷۲ ۳۹۶



به نام خدا

شماره :

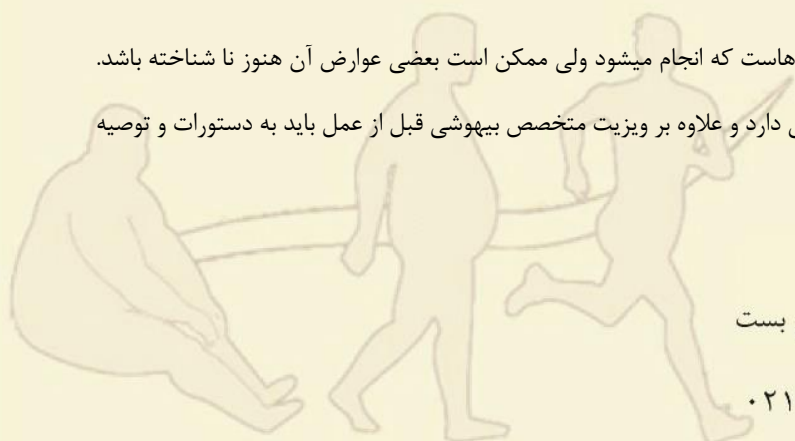
تاریخ :

- من مطلع هستم که هر چند تحقیقات علمی نشان داده اند عمل جراحی چاقی (مثل بای پس معده) میتواند باعث بهبود یا کاهش عوارض فوق الذکر شود ولی برای وقوع آن در همه افراد تضمین صد در صد وجود ندارد و ممکن است بهبود در برخی موارد اتفاق نیفتد یا در بیماران مختلف متفاوت باشد.
- من میدانم که گاهی تبدیل عمل لاپاراسکوپی به عمل باز ضروری است و چنانچه پزشک من حین عمل جراحی به هر ضرورتی تصمیم به تبدیل روش عمل گرفت از نظر من بلا مانع است. حتی اطلاع دارم که گاهی انجام عمل به روش باز هم غیر ممکن است و لازم میشود جراح و تیم همراه ایشان انجام عمل را متوقف کنند.
- پزشک من توضیح دادند که در مواردی حین عمل نمونه برداری از کبد- برداشتن کیسه صفرا- گذاشتن لوله در معده (گاستروستومی) - آندوسکوپی فوقانی گوارش- آزاد کردن چسبندگی- ترمیم فتق هیپاتال- گذاشتن لوله تخلیه ترشحات (درن) لازم است و من با انجام این کارها با تشخیص پزشک معالجم موافقم.
- به من توضیح داده شده که من باید قبل از عمل و بعد از آن عادات غذایی و اسلوب زندگی ام را تغییر دهم و بر اساس برنامه هایی که تیم درمانی مشخص میکنند فعالیت ورزشی داشته و از خوردن غذاها و نوشابه های پر کالری- گاز دار- خودداری کنم و بعد از عمل تحمل بعضی غذاها رانخواهم داشت و عدم رعایت این توصیه ها ممکن است منجر به شکست عمل یا بروز عوارض گردد.
- من میدانم علیرغم اینکه تیم پزشکی من همه تلاش خود را برای بررسی دقیق وضعیت من انجام داده و خواهند داد و همیشه احتمال وقوع عوارض غیر قابل پیش بینی در طب وجود دارد.
- من آگاهم که کاهش وزن بعد عمل همیشه درصدی از اضافه وزن من است و طبق آمارها و در صورت رعایت توصیه های پزشکان من حدود ۸۰-۹۰ درصد اضافه وزن را طی دو سال از دست خواهم داد و میدانم در مواردی گزارش شده افرادی که بعد از عمل توصیه های غذایی را رعایت نکرده اند و مجدداً اضافه وزن داشته اند.
- آناتومی عمل به من توضیح داده شده .
- راجع به عوامل احتمالی عمل جراحی به من توضیح کامل داده شده و مطلعم که ضعف و تهوع بعد از عمل شایع است و عوارضی مثل خونریزی داخلی (محل عمل) - نشت از محل پیوند معده و روده - نارسایی کلیه-مشکلات تنفسی_ که نیاز به ICU و دستگاه تنفس مصنوعی دارد- اختلالات ضربات قلب و حتی حمله و نارسایی قلبی-انسداد روده-ترومبوز و لخته شدن خون در عروق- عفونت زخم- حساسیت های دارویی- یبوست-اسهال-تنگی محل پیوند- کم خونی ناشی از کمبود آهن-سنگ صفرا-فتق داخلی یا بیرونی-ریزش مو-کمبود ویتامین ها و مواد آلی- اضافه وزن مجدد با شیوع خیلی کم دیده میشود و در موارد معدودی حتی به خطر افتادن حیات و تهدید زندگی نیز گزارش شده است - کمتر از یک درصد در آمارهای جهانی
- من میدانم که حاملگی تا یک سال و نیم بعد از عمل بای پس صلاح من و نوزاد نیست و حتماً برای پیشگیری از حاملگی هماهنگی و همکاری لازم را با گروه پزشکی بعمل خواهم آورد.
- من میدانم برخی از عوارض فوق الذکر نیاز به بستری مجدد-مشاوره با دیگر گروههای پزشکی یا حتی عمل مجدد داشته باشد و در ادامه درمان با گروه پزشکی همکاری لازم را به عمل خواهم آورد.
- به من توضیح داده شده است که علیرغم اینکه این عمل سال هاست که انجام میشود ولی ممکن است بعضی عوارض آن هنوز نا شناخته باشد.
- من میدانم این عمل نیاز به بیهوشی عمومی دارد و علاوه بر ویزیت متخصص بیهوشی قبل از عمل باید به دستورات و توصیه های ایشان کاملاً عمل نمایم.

آدرس : تهران - بلوار آفریقا - خیابان دیدار شمالی - بن بست

کیش شرقی - پلاک ۵۱

تلفن تماس : ۰۲۱ ۸۸۸ ۷۵ ۸۳۷ | ۰۲۱ ۸۸۸ ۷۲ ۳۹۶



به نام خدا

شماره :

تاریخ :

- من مطلع هستم که علیرغم کفایت علمی پزشکان متخصص و گروه بیهوشی و استفاده از دستگاه های پیشرفته و متداول کنترل حین عمل ، اصولاً ریسک بیهوشی و عوارض احتمالی حین و بلافاصله بعد از عمل در بیماران چاق بیشتر از بیماران غیر چاق است.
 - من راجع به هزینه های مستقیم و غیر مستقیم عمل و درمان عوارض احتمالی آن اطلاعات کافی کسب کرده ام و میدانم پرداخت هزینه درمان اعم از وسایل و تجهیزات ، مشاوره ها - درمان بیماری و احیانا درمان عوارض بعهد من و یا شرکت های بیمه حمایت کننده از من (طبق مقررات) می باشد و این موضوع هیچ ارتباطی با گروه پزشکی و تیم درمانی ندارد.
 - برنامه پیشگیری و مراجعات بعدی به گروه درمانی به من توضیح داده شده و خود را موظف به پیگیری دقیق دستورات و مراجعه منظم بعد از عمل می دانم و حتی در صورت عدم دسترسی به این تیم درمانی (به هر دلیل) خود را موظف به یافتن گروه جدید و مطلع در زمینه درمان چاقی می دانم.
 - چنانچه من دستورات و دستوالعمل های گروه درمانگر را رعایت نکردم به پزشک معالج و تیم ایشان اجازه میدهم من را از برنامه پیگیری و ادامه درمان اخراج کنند و از این نظر برای خودم حقی قائل نیستم.
 - من متعهد هستم که بجز دستورات گروه درمانگر یا پزشکان مورد تایید و مرتبط با ایشان توصیه ها و دستورات دیگران را در درمان خود مداخله ندهم.
 - خود را موظف میدانم اطلاعات دقیق مواردی که پزشکان برای ادامه درمان یا فعالیت های علمی خود ضروری میدانند را صادقانه در اختیار ایشان بگذارم و در برنامه ها و گردهمایی که دعوت میشوم بطور فعال شرکت نمایم.
 - من رضایت میدهم اطلاعات مربوط به قبل ، حین و بعد از عمل و آزمایشات من به جز اطلاعات شخصی و آدرس در پرسشنامه بین المللی چاقی (IBAR) وارد شود تا برای اهداف آموزشی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد.
 - من مفاد این رضایتنامه را با دقت کامل مطالعه کرده و با خانواده ام مطرح و حمایت ایشان را برای عمل جلب کرده ام و هر ابهامی داشته ام از پزشک معالج و تیم ایشان پرسیده ام.
 - به من توضیح داده شده است که گاهی لازم است که برخی داروهای تقویتی و ویتامین ها و را بایستی مادام العمر استفاده نمایم.
 - در حضور متخصص پزشکی قانونی جناب دکتر سیامک صبوری کلیه مطالب فوق و رضایت و براثت خود را با تکمیل کادر زیر اعلام میدارم.
- اینجانب فرزند شماره شناسنامه
- کدملی متولد شماره تلفن
- آدرس

امضا و اثر انگشت

شاهد : نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه یا کد ملی نسبت با بیمار

نشانی و تلفن تماس

امضاء و اثر انگشت

تاریخ و ساعت

آدرس : تهران - بلوار آفریقا - خیابان دیدار شمالی - بن بست

کیش شرقی - پلاک ۵۱

تلفن تماس : ۰۲۱ ۸۸۸ ۷۵ ۸۳۷ | ۰۲۱ ۸۸۸ ۷۲ ۳۹۶

