

شماره فرم: تاریخ تدوین: 1399/10/10	رضایت نامه آگاهانه سونوگرافی ترانس واژینال (انجام سونوگرافی از طریق مجرای تناسلی بانوان)		
کد بیمار: شماره پرونده: کد ملی:	وضعیت تأهل:		دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (بیمارستان .....
پزشک معالج (Attending physician):	بخش (Ward):	نام (Name):	نام خانوادگی (Family Name):
تاریخ پذیرش (Date of Admission):	اتاق (Room):	تاریخ تولد (Date of Birth):	نام پدر (Father Name):
	تخت (Bed):		
عوارض آن: آسیب و زائل شدن پرده بکارت (در صورت باکره بودن)، خونریزی، عفونت و .....		علت انجام پروسیجر:	
<p>اینجانب بیمار خانم ..... فرزند ..... تاریخ تولد ..... دارنده کد ملی ..... ضمن تقدیم تصویر مدارک شناسایی معتبر (تصویر کارت ملی و کلیه صفحات شناسنامه به پیوست) و دریافت توضیحات شفاف در مورد نحوه انجام سونوگرافی از طریق مجرای تناسلی زنانه و ضرورت و مزایای آن در مقایسه با سونوگرافی شکمی و همچنین با درک و تفهیم کامل عوارض و خطرات این روش شامل آسیب و زائل شدن پرده بکارت (در صورت باکره بودن)، خونریزی، عفونت و ..... در صحت و سلامت عقلی کامل و به دور از هرگونه اضطراب و با پذیرش هرگونه عوارض و مخاطرات این روش تشخیصی با انجام آن موافق هستم و بدینوسیله اعلام میدارم که باکره نیستم و حق هرگونه ادعایی اعم از کیفری و حقوقی و .... در خصوص ادعای باکره بودن و آسیب پرده بکارت و سایر عوارض را از خود سلب نموده و کادر معالج را از ضمانت هرگونه مسئولیتی بری الذمه می کنم.</p>			
		نام و نام خانوادگی امضاء و اثر انگشت بیمار (یا ولی و نماینده قانونی او) تاریخ و ساعت	
		نام و نام خانوادگی و نسبت فرد همراه (یکی از بستگان درجه اول) و امضاء و اثر انگشت	
		امضا و مهر پزشک معالج	
		نظریه مهر و امضای متخصص پزشک قانونی*  *(در صورت صلاحدید پزشک معالج و بویژه در موارد غیر اورژانسی میتوان قبل از پروسیجر در مورد وضعیت هایمن و نیز آگاهانه بودن رضایت نامه و احراز هویت درخواست مشاوره تخصصی پزشکی قانونی نمود)	