



فرم ترک با میل شخصی / امتناع از درمان

مشخصات بیمار

| | | | |
|---------------------------|-------------------------|---------------|--------------|
| نام و نام خانوادگی بیمار: | سن: | تاریخ پذیرش: | تاریخ بستری: |
| علت مراجعه: | پزشک معالج: | شماره پرونده: | نام بخش: |
| ساعت ورود به بیمارستان: | ساعت اولین ویزیت پزشک: | | |
| ساعت ورود به بخش بستری: | ساعت اولین ویزیت متخصص: | | |

به چه علت تمایل به ترخیص یا امتناع از درمان ضروری دارید؟

| | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> نداشتن تخصص مربوطه | <input type="radio"/> مراجعه به مرکز خصوصی مجهز | <input type="radio"/> عدم ویزیت به موقع توسط پزشک معالج |
| <input type="radio"/> مراجعه به مطب | <input type="radio"/> عدم وجود دارو و تجهیزات | <input type="radio"/> نارضایتی از اخلاق حرفه ای پزشک معالج |
| <input type="radio"/> عدم وجود تجهیزات پزشکی (CT / MRI / سونوگرافی /) | <input type="radio"/> نارضایتی از اخلاق حرفه ای کادر پرستاری / ماما | <input type="radio"/> عدم برخورداری از امکانات رفاهی |
| <input type="radio"/> بی قراری بیمار | <input type="radio"/> استراحت در منزل | <input type="radio"/> نارضایتی از اخلاق حرفه ای کادر خدمات |
| <input type="radio"/> عدم تمایل به اعزام بیمار به سایر مراکز | <input type="radio"/> شلوغی بخش | <input type="radio"/> نارضایتی از اخلاق حرفه ای کادر نگهداری |
| <input type="radio"/> نبود تخت خالی در CCU | <input type="radio"/> نبود تخت خالی در ICU | <input type="radio"/> بهبودی سایر علل..... |

| | |
|----------------------------------|--|
| آدرس: | شماره تماس: |
| امضاء ، نام و نام خانوادگی بیمار | امضاء ، نام و نام خانوادگی همراه بیمار |

شرح صورت جلسه در صورت امتناع از درمان ضروری

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--|---------------------------|
| امضا پرسنل حفاظت فیزیکی | مهر و امضاء پرستار مسئول بیمار | مهر و امضاء مسئول شیفت | مهر و امضاء سرپرستار / سوپروایزر شیفت | مهر و امضاء پزشک معالج |
|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--|---------------------------|