

لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش مامایی و زایشگاه نیازمند رضایت آگاهانه

مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی مربوط به زنان (به عنوان مثال: سزارین، کورتاژ، سرکلاژ، لاپاراتومی، هیسترکتومی، کلپورافی، پرینورافی، توبکتومی، کیستکتومی، پولیپکتومی، هایمنکتومی و سایر جراحی های رحم، تخمدان، پستان و جراحی های مربوط به تومورهای بدخیم و خوش خیم)*

هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*

هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*

ختم تهاجمی حاملگی خارج رحمی

تخلیه آبه*

بیوپسی (پستان، سرویکس، آندومتر، واژن)*

آندوسکوپی (به عنوان مثال: کلپوسکوپی)*

گذارن کاتتر ورید مرکزی CVLine*

شیمی درمانی

گذارن IUD

پروسیجرهای لاپاراسکوپی*

ترانسفوزیون خون

گذارن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذارن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیماری که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش جراحی 1 نیازمند رضایت آگاهانه
مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی مربوط به زنان (به عنوان مثال: سزارین، کورتاژ، سرکلاژ، لاپاراتومی، هیستریکتومی، کلپورافی، پرینورافی، توبکتومی، کیستکتومی، پولیپکتومی، هایمنکتومی و سایر جراحی های رحم، تخمدان، پستان و جراحی های مربوط به تومورهای بدخیم و خوش خیم)*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*
ختم تهاجمی حاملگی خارج رحمی
تخلیه آبه*
بیوپسی (پستان، سرویکس، آندومتر، واژن)*
آندوسکوپی (به عنوان مثال: کلپوسکوپی)*
گذاردن کاتتر ورید مرکزی CVLine*
شیمی درمانی
گذارستن IUD
پروسیجرهای لاپاراسکوپی*
ترانسفوزیون خون

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش جراحی 2 نیازمند رضایت آگاهانه

مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی (به عنوان مثال: جااندازی بسته و باز شکستگی ها، تعبیه ابزار ارتوپدی، تعویض مفصل، آمپوتاسیون اندام، برداشتن تومورهای اندام و بافت همبند و ادراری تناسلی، ترمیم آسیب رباط و تاندون، ترمیم جراحت های اندام، ترمیم مجاری ادراری (هیپوسپادیا، ایپسپادیا) آزاد سازی عصب، اصلاح عیوب مادر زادی، هر نیورافی، جراحی هیدروسل و واریکوسل، برداشتن پروستات به روش باز و بسته، سنگ کلیه به روش باز، نفرکتومی، ارکیدکتومی و ارکیدوپکسی، جراحی تورشن)*

هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*

هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*

تزریق هر گونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن

اعمال تهاجمی جراحی کودکان (کشیدن ناخن فرورفته و غیره)*

سنگ شکنی (به عنوان مثال : سنگ های انسدادی کلیه TUL)

آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: آرترو سینتریس، کاتتریزاسیون سوپراپوبیک، آسپیراسیون مغز استخوان)*

پروسیجرهای لاپاراسکوپیک (مانند نفرکتومی لاپراسکوپیک)*

بیوپسی (مغز استخوان، پستان، کبد، عضلات، کلیه، پروستات، مثانه، پوست و اندام های تناسلی ادراری)*

آندوسکوپ (به عنوان مثال: ارتروسکوپ، سیستوسکوپ، یورتروسکوپ، از وفاگوگاستریک آندوسکوپ، گاسترستومی آندوسکوپیک زیر جلدی، گذاردن لوله نفروستومی، سیستوستومی، گذاردن double j stent)*

دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود.*

گذاردن کاتتر ورید مرکزی CVLine *

تراکئوستومی*

ختنه*

ترانسفوزیون خون و فراورده های آن

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیماریانی که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش جراحی 3 نیازمند رضایت آگاهانه

مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی (کلیه هرنی های دیسکال، هرنی گردن، برداشتن و حذف تومور، کرانیوتومی، اعمال جراحی پستان، سر و گردن، اعمال جراحی انسداد گوارشی، اعمال جراحی اتساع مجرای صفراوی، ترمیم انواع فتق، همورئیدکتومی، فیشر، اسپلنکتومی، گاسترکتومی، کوله سیستکتومی، ازوفازکتومی، تیروئیدکتومی، لیپوساکشن، اعمال جراحی پیوند عضو، برداشتن لیبوم و ضایعات پوستی)*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسیزیون پوست توام باشد*
هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*
اعمال تهاجمی کودکان
پروسیجرهای لاپاراسکوپیک (مانند کله سیستکتومی لاپراسکوپیک)*
پروسیجرهای دهانی در صورت آسیب به حفره دهان
آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: LP، پاراسنتز، توراسنتز، کولستومی، ایلئوستومی، گذاردن Chest tube)*
بیوپسی (عضلات، پوست و سایر)
آندوسکوپی (به عنوان مثال: کولونوسکوپی، ازوفاگوستریک آندوسکوپی، گاسترستومی آندوسکوپیک زیر جلدی*، گذاردن j tube*)
دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود.*
تراکتوستومی*
ختنه*
شالدون گذاری*
گذاردن کاتتر ورید مرکزی CVLine*
ترانسفوزیون خون

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیماری که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش جراحی 4 نیازمند رضایت آگاهانه
مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی (تونسیلکتومی، آدنوتونسیلکتومی، سیتوپلاستی، تمپانوپلاستی، رینوپلاستی، تیروئیدکتومی، پاراتیروئیدکتومی، گرومت، FESS، تخلیه آبسه، ریداکشن بسته بینی)*
پروسیجرهای تهاجمی چشمی (به عنوان مثال پروبینگ، کاتاراکت، ناخنک، DCR)*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد.*
هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*
پروسیجرهای دهانی
اعمال تهاجمی کودکان*
تزریق هر گونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن*
بیوپسی (حلق، بینی)
آندوسکوپی تشخیصی بینی
تراکتوستومی*
گذاردن کاتتر ورید مرکزی CVLine*
ترانسفوزیون خون

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیماری که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

فرم لیست اقدامات تهاجمی نیازمند رضایت آگاهانه
کد فرم: bh01
ویرایش دوم
تاریخ آخرین بازنگری: 1396/10/13

بسمه



لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش NICU نیازمند رضایت آگاهانه
مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*
هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*
اعمال تهاجمی کودکان
آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: LP)*
کاتتر ورید نافی*
کات دان*
ترانسفوزیون خون

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

فرم لیست اقدامات تهاجمی نیازمند رضایت آگاهانه
کد فرم: bh01
ویرایش دوم
تاریخ آخرین بازنگری: 1396/10/13

بسمه



لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش اطفال نیازمند رضایت آگاهانه
مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*
هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*
آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: LP)
اعمال تهاجمی کودکان*
تراکتوستومی*
ترانسفوزیون خون

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیماری که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش ICU نیازمند رضایت آگاهانه
مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*
هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*
آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: پاراسنتز، توراسنتز، LP، گذاردن Chest tube، کاتتریزاسیون سوپراپوبیک)
آندوسکوپی (به عنوان مثال: برونکوسکوپی، کولونوسکوپی)
بیوپسی*
دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود.*
گذاردن کاتتر شالدون*
گذاردن کاتتر ورید مرکزی CVLine*
تراکئوستومی*
ترانسفوزیون خون
دیالیز خونی
لاواژ تشخیصی پریتونن*

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیماریانی که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش CCU نیازمند رضایت آگاهانه
مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*
هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*
آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: پاراسنتز، توراسنتز، گذاردن Chest tube)*
آندوسکوپی (به عنوان مثال: کولونوسکوپی، برونکوسکوپی)
گذاردن کاتتر شالدون*
گذاردن کاتتر ورید مرکزی CVLine *
گذاشتن پیس میکر*
شوک قلبی الکتیو
تراکئوستومی*
ترانسفوزیون خون
لاواژ تشخیصی پریتون*
دیالیز خونی

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

فرم لیست اقدامات تهاجمی نیازمند رضایت آگاهانه
کد فرم: bh01
ویرایش دوم
تاریخ آخرین بازنگری: 1396/10/13

بسمه



لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش دیالیز نیازمند رضایت آگاهانه
مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*
هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*
آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: پاراسنتز، توراسنتز)
آندوسکوپی (به عنوان مثال: کولونوسکوپی، آندوسکوپی)
شالدون گذاری*
ترانسفوزیون خون
دیالیز خونی
دیالیز صفاقی*

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیماری که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش داخلی 3 نیازمند رضایت آگاهانه
مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*
هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*
تزریق هر گونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن
آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: LP، آرترو سینتزیس، آسپیراسیون مغز استخوان (FNA, BMB, BMA)، پاراسنتز، توراسنتز، کاتتریزاسیون سوپراپوبیک، گذاردن Chest tube)*
بیوپسی (مغز استخوان، پستان، کبد، عضلات، کلیه، پروستات، مثانه، پوست و اندام های تناسلی ادراری)*
آندوسکوپی (به عنوان مثال: کولونوسکوپی، برونکوسکوپی، ازوفاگوگاستریک آندوسکوپی، گاستروسومی آندوسکوپییک زیر جلدی*، گذاردن لوله نفروستومی*، گذاردن j-tube*)
دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود.*
پروسیجرهای لاپاراسکوپی*
الکتروشوک الکتیو
گذاردن کاتتر شالدون*
گذاردن کاتتر ورید مرکزی CVLine*
تراکئوستومی*
لاواژ تشخیصی پریتون*
شیمی درمانی
ترانسفوزیون خون
دیالیز خونی
دیالیز صفاقی*

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیماری که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش داخلی 2 نیازمند رضایت آگاهانه
مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*
هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*
تزریق هر گونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن
آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: LP، آرترو سینتزیس، آسپیراسیون مغز استخوان(FNA, BMB, BMA)، پاراستنز، توراستنز، کاتتریزاسیون سوپراپوبیک، گذاردن Chest tube)*
بیوپسی (مغز استخوان، پستان، کبد، عضلات، کلیه، پروستات، مثانه، پوست و اندام های تناسلی ادراری)*
آندوسکوپی (به عنوان مثال: کولونوسکوپی، برونکوسکوپی*، ازوفاجوگاستریک آندوسکوپی، گاسترستومی آندوسکوپی زبر جلدی*، گذاردن لوله نفروستومی*، گذاردن j-tube*)
دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود.*
پروسیجرهای لاپاراسکوپی*
الکتروشوک الکتیو
گذاردن کاتتر شالدون*
گذاردن کاتتر ورید مرکزی CVLine*
تراکئوستومی*
لاواژ تشخیصی پریتون*
شیمی درمانی
ترانسفوزیون خون
دیالیز خونی
دیالیز صفاقی*

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیماری که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش داخلی 1 نیازمند رضایت آگاهانه
مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی یا بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.*
تزریق هر گونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل / فضاهاى بدن
آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: LP، آرترو سینتزیس، آسپیراسیون مغز استخوان (FNA, BMB, BMA)، پاراسنتز، توراسنتز، کاتتریزاسیون سوپراپوبیک، گذاردن Chest tube)*
بیوپسی (مغز استخوان، پستان، کبد، عضلات، کلیه، پروستات، مثانه، پوست و اندام های تناسلی ادراری)*
آندوسکوپی (به عنوان مثال: کولونوسکوپی، برونکوسکوپی، ازوفاگوگاستریک آندوسکوپی، گاستروسومی آندوسکوپی زير جلدی*، گذاردن لوله نفروستومی*، گذاردن j-tube*)
دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود.*
پروسیجرهای لاپاراسکوپی*
الکتروشوک الکتیو
گذاردن کاتتر شالدون*
گذاردن کاتتر ورید مرکزی CVLine*
تراکئوستومی*
لاواژ تشخیصی پریتون*
شیمی درمانی
ترانسفوزیون خون
دیالیز خونی
دیالیز صفاقی*

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش:

لیست اقدامات تشخیصی، درمانی و پروسیجرهای تهاجمی بخش اورژانس نیازمند رضایت آگاهانه
مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی (جاناندازی های ارتوپدی، تخلیه همتوم، تخلیه آبسه)*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد*
هر گونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی (مانند: بخیه) یا بیهوشی عمومی*، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکینی توام باشد.
پروسیجرهای تهاجمی دهان (مانند سوچور لب، زبان)
تزیق هر گونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن*
آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: آرترو سینتریس، آسپیراسیون مغز استخوان، LP، پاراسنتز، توراسنتز، توراکوسنتز، گذاردن Chest tube)*
آندوسکوپی (به عنوان مثال: کولونوسکوپی، برونکوسکوپی*، ازوفاگوستریک آندوسکوپی، سیستوسکوپی*، گاستروسومی آندوسکوپییک زیر جلدی*، گذاردن لوله نفروستومی*، گذاردن j-tube*)
دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود.*
اعمال تهاجمی جراحی کودکان (کشیدن ناخن فرورفته و ...)
الکتروشوک الکتریکی
شالدون گذاری*
گذاردن کاتتر ورید مرکزی CVLine*
ختنه*
تراکتوستومی*
ترانسفوزیون خون
دیالیز خونی
دیالیز صفاقی*
لاواژ تشخیصی پریتون*

گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

از بیماری که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد در صورتیکه: شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند و یا بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

جهت پروسیجرهایی که با علامت ستاره مشخص شده اند اسکراب دست ضروری می باشد.

امضای رئیس بخش: