

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی

استانداردهای  
استانداردهای

واحد پذیرش بیمارستان

تدوین : معصومه ارزمانی - مسئول اداره آمار و مدارک پزشکی معاونت درمان

آذر ۹۳

## مقدمه:

### دفتر پذیرش بیمارستان به طور کلی اولین نقطه ی تماس بیماران با بیمارستان می باشد

از آنجایی که بخش پذیرش اولین مرحله جهت ورود بیماران به مراکز درمانی است، به این نام خوانده می شود.

این بخش به عنوان سیستم مخابره ای پیغام رسانی و انتقال اطلاعات بیمارستان می باشد. بخش پذیرش، یک کانال ارتباطی بین مصرف کننده ی خدمات (بیمار) و ارائه دهنده ی خدمات (بیمارستان) برقرار می کند .

از مهم ترین وظایف و عملکردهای این بخش، دریافت صحیح اطلاعات و ثبت آنها در فرمهای مخصوص و نیز ایجاد روند مناسبی برای ادامه ی درمان بیمار و عملیات مربوط به آن می باشد.

این واحد باید نزدیک در ورودی بیمارستان، در دید مستقیم مراجعین و در محلی با حداقل رفت و آمد قرار گیرد، همچنین به راحتی در دسترس بیماران و همراهان باشد

اهمیت بخش پذیرش صرف نظر از اقدام پذیرش و ترخیص بیماران، با داشتن روابط عمومی مناسب با بیماران ارزیابی می شود. این بخش باید در جهت رفع نیازهای اساسی بیماران، بی طرفانه عمل کند و برخورد این بخش با بیماران و خانواده ی آنها همراه با ملاحظت و تواضع باشد.

### رضایت از عملکرد پذیرش

رضایت از پذیرش بیمار جنبه های مختلفی دارد که شامل زیر می باشد:

- نحوه برخورد پرسنل با بیمار
- میزان زمان انتظار برای بستری
- بحث مالی پذیرش
- و بستری شدن بدون مشکل در بخش

### خط مشی ها و فرایندها در پذیرش

- واحد پذیرش بیماران در بیمارستان نباید صرفاً به عنوان پذیرش بیماران و گذراندن آنان از یک کانال روتین و فرستادن آنان به اطاق یا بخش باشد بلکه واحد پذیرش شبیه به سایر بخشهای بیمارستان باید خط مشی های واضح و قابل درکی را داشته باشد که فعالیتهای گوناگون آن را تحت پوشش قرار دهد؛
- و این خط مشی ها توأم با رعایت حقوق بیماران و ایجاد ارتباطی خوب بین بیمارستان و مراجعه کنندگان باشد.
- همچنین در واحد پذیرش رعایت حق محرمانگی بیمار در هنگام اخذ اطلاعات باید رعایت گردد .

## عناوین خط مشی ها و فرایندها:

۱. پذیرش بیماران بستری
۲. پذیرش بیماران اورژانس
۳. پذیرش بیماران سرپائی
۴. خط مشی شناسایی دقیق بیمار
۵. خط مشی پذیرش بیماران مجهول الهویه
۶. خط مشی ارتباط با سایر بخشها بالینی غیر بالینی - اداری و مددکاری
۷. خط مشی محرمانگی در پذیرش
۸. ....

**هدف کلی واحد پذیرش :** ارائه خدمات پذیرش بیماران بصورت اورژانس و غیر اورژانس ، سرپایی و بستری، در حیطه مقررات بیمارستان

## شرح وظایف پذیرش بیمارستان

۱. بررسی مدارک بیماران در زمان پذیرش و دریافت یک کپی از مدارک بیمه ای
۲. نصب اطلاعیه های مربوطه در مکان قابل دید برای عموم
۳. آگاهی و اطلاع رسانی به بیماران و مراجعین و راهنمایی ایشان
۴. راهنمایی و اخذ مدارک بیمه ای بیمار و همچنین بیمه تکمیلی
۵. هماهنگی با کارشناسان سازمان بیمه سلامت جهت بیمه نمودن افراد فاقد بیمه
۶. پذیرش بیماران (بستری ، سرپایی ، اورژانس و تحت نظر )
۷. تعیین هویت دقیق بیمار در زمان پذیرش جهت پیشگیری از عواقب قانونی
۸. تشکیل پرونده به همراه ثبت دقیق آدرس و مشخصات بیمار از روی مدارک معتبر و عکسدار طبق مقررات
۹. اخذ کد ملی بیمار در زمان پذیرش
۱۰. تنظیم کارت اندکس الفبایی برحسب نام و نام خانوادگی بیماران به منظور شناسایی آنها بصورت الکترونیکی
۱۱. ثبت مشخصات بیماران در دفتر پذیرش هنگام پذیرش
۱۲. ثبت مشخصات هویتی و آدرس آورنده یا همراه بیمار
۱۳. ثبت مشخصات و سمت اعزام کننده بیمار
۱۴. اخذ رضایت نامه های لازم در پشت برگ پذیرش (و رضایتنامه TL) طبق قوانین و مقررات
۱۵. ثبت اطلاعات بیمار و شماره دهی پرونده از طریق کامپیوتر
۱۶. ارسال پرونده بیمار به بخش پس از اطمینان از آمادگی پرسنل بخش برای پذیرش بیمار
۱۷. ایجاد ارتباط منطقی با بخش جهت مبادله اطلاعات بیماران
۱۸. تعیین آمار تخت های خالی بخش ها

۱۹. اطلاع به مسئولین بیمارستان و نیروی انتظامی در مواردی که طبق قانون مشخص شده است
۲۰. همکاری و ارتباط نزدیک با پرسنل واحدهای بخش مدارک پزشکی و سایر بخشهای بیمارستان
۲۱. پیگیری و انجام اموری که از طرف مقام مافوق ابلاغ می شود
۲۲. دارا بودن حسن خلق و روابط عمومی بالا برای برقراری ارتباط با ارباب رجوع و پرسنل راهنمایی مراجعین جهت ارجاع به واحدها و بخشهای مختلف

### توانمندیهای پرسنل واحد پذیرش

۱. توانایی کار با کامپیوتر
۲. توانایی کار با نرم افزارهای بیمارستانی
۳. آشنایی با جنبه های قانونی مدارک پزشکی و رضایت نامه ها
۴. آشنایی با مهارتهای ارتباطی با مراجعین
۵. آشنایی با انواع روش های شماره دهی به پرونده ها
۶. آشنایی با اصول مستندسازی مدارک پزشکی
۷. آشنایی با اصول پذیرش بیماران مجهول هویت
۸. آشنایی با بر نامه تحول نظام سلامت
۹. سرعت عمل همراه با دقت بالا

**کارآیی این واحد زمانی مشخص می شود که اصول کلی چه از لحاظ تجهیزات و امکانات، چه از نظر تمامی فعالیتهای انجام گرفته در این واحد رعایت گردد.**

### تجهیزات و امکانات واحد پذیرش بستری

- ✓ رایانه
- ✓ چاپگر
- ✓ لوازم التحریر
- ✓ دفتر ثبت پذیرش
- ✓ تابلوی منشور حقوق بیمار
- ✓ کارت اصلی بیمار
- ✓ فرم آمار روزانه ی پذیرش و ترخیص
- ✓ پیشخوان مناسب
- ✓ صندلی کافی برای پرسنل پذیرش
- ✓ برانکارد (تخت حمل بیمار)
- ✓ تابلوی اعلانات

- ✓ تابلوی نمودار تخت
- ✓ پوستر و پیام بهداشتی
- ✓ تلویزیون
- ✓ اوراق مورد نیاز پرونده

### فضای فیزیکی و موقعیت مکانی پذیرش بستری

۱. مجزا بودن واحد پذیرش بستری از سرپایی و اورژانس
۲. نزدیک بودن واحد پذیرش بستری به درب ورودی بیمارستان
۳. مجزا بودن از واحد اطلاعات
۴. نزدیک بودن به واحد پذیرش اورژانس و سرپایی
۵. دور بودن از محل شلوغ
۶. در دسترس بودن برای پرسنل بیمارستان و بیماران
۷. فضای مناسب جهت مصاحبه با همراه بیمار
۸. فضایی برای نصب نمودار تخت های بیمارستانی
۹. وجود محیطی دوستانه و دلپذیر و صادقانه
۱۰. گنجایش کافی محوطه ی انتظار برای بیماران
۱۱. وجود فرایندها و خط مشی ها و قوانین و دستورالعمل ها مرتبط در محل مناسبی در واحد پذیرش

### نیروی مورد نیاز برای پذیرش

با توجه به فعالیت ۲۴ ساعته واحد پذیرش ، نیاز به ۴ نیروی ثابت برای این واحد می باشد. که با توجه به حجم بستری این تعداد قابل افزایش خواهد بود .

### شاخصه های نیرو در واحد پذیرش:

۱. استفاده از نیروهای تخصصی مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت
۲. استفاده از پوشش یکسان و متحد شکل در این واحد
۳. وجود اتیکت شناسایی برای هر یک از پرسنل
۴. گذراندن دوره های آموزشی مرتبط در بدو خدمت و بطور مستمر با توجه به توانمندیها و نیازسنجی های انجام شده
۵. داشتن توانمندیهای ذکر شده برای پرسنل این واحد

## رضایت نامه و جنبه های قانونی

رضایت به درمان مبین این واقعیت است که بیمار از آنجا که به منظور معالجه و درمان ، مدتی ولو بسیار اندک ، جسم خویش را در اختیار پزشک معالج قرار می دهد ، در نتیجه باید بر این امر بصورت آگاهانه و با اراده آزاد رضایت داشته باشد. چنین مساله ای از یک سو ناشی از رابطه پزشک و بیمار و وجود حس اعتماد بیمار به پزشک بوده و از سوی دیگر یکی از عوامل سقوط مسئولیت پزشکی نسبت به بیمار محسوب می گردد . بدیهی است که این نظریه دامنه مفهومی وسیعی داشته و صرفاً محدود به حوزه رضایت بیمار نمی باشد ، بلکه در مواردی هم که بیمار در وضعیت حیات نباتی است یا به سن رشد و بلوغ نرسیده ، نیز با اخذ رضایت از اولیای قانونی وی این مهم محقق می گردد

از آن جایی که رضایتنامه گرفته شده از بیماران در حکم یک سند رسمی محسوب می گردد و هدف از اخذ و نگهداری آن کمک به حل و فصل دعاوی احتمالی بین بیمار و کادر درمانی است بنابراین طبیعی است که نحوه تنظیم و اخذ رضایت از بیماران باید تابع شرایط و ضوابط تنظیم اسناد رسمی کشور باشد یعنی هم فرد گیرنده رضایت باید دارای شرایطی خاص و مختص باشد و هم بیمار باید از محتوای رضایت نامه آگاهی کامل داشته باشد



## انواع رضایت نامه

### رضایت کتبی - رضایت ابرازی شفاهی - رضایت تلویحی

اگر چه فقط رسم است که در اعمال جراحی و انجام بیهوشی ها و موارد دیگر نظیر آن رضایت از بیمار یا ولی او اخذ گردد ، ولی در سایر معاینات و اقدامات پزشکی نیز رضایت بیمار لازم و حتمی است این رضایت بیشتر **ضمنی یا تلویحی** است بدین معنی که وقتی بیمار به مطبی مراجعه و با پرداخت حق ویزیت پزشک برای درمان در انتظار نوبت می نشیند تلویحاً رضایت به معاینه بدنی خود داده است و در ضمن معاینه بیمار پزشک جهت تشخیص افتراقی درد نیاز به معاینه سایر دستگاههای بدن دارد که در این موارد با رضایت از بیمار اقدام به معاینه می کند که این نوع رضایت را **رضایت ابرازی یا اظهاری** می نامند . و در مواردی که رضایت ابرازی-کتبی برای انجام یک عمل جراحی لازمست بایستی نوع عمل و نحوه بیهوشی و مدت تقریبی بستری شدن و نقاهت و خطرات و عوارض احتمالی برای بیمار یا کسان او شرح داده شود و در صورت ابراز رضایت بیمار از وی کتباً رضایت حاصل گردد که این امر خوشبختانه امروز در تمام بیمارستانها رایج است .

**برائت نامه:** چنانچه بیمار در طی درمان دچار عوارض یا نقص عضوی گردد در صورتی که پزشک بر اساس موازین علمی و فنی عمل کرده باشد مقصر نیست .

### شرایط رضایت نامه معتبر

- اخذ رضایت کتبی
- اخذ رضایت از بیمار یا ولی قانونی وی

- ثبت امضا و یا ترجیحاً اثر انگشت رضایت دهنده
- تنظیم رضایت نامه به زبان ساده، روشن و قابل فهم
- احراز عقل و شعور در رضایت دهنده
- احراز سن قانونی رضایت دهنده
- اخذ رضایت آگاهانه
- اخذ رضایت بدون تهدید و یا فشار
- ثبت امضای شاهد

#### شرایط رضایت آگاهانه

- تشریح وضعیت
- شرح مناسبی از فرآیند مورد استفاده و عواقب مورد انتظار آنها
- شرح منافع مورد انتظار (نه مسلم)
- پیشنهاد پاسخگویی به سئوالات بیمار
- مطلع ساختن بیمار از معالجات پزشکی یا جراحی به عهده مستقیم پزشک بوده و قابل انتقال به دیگری نیست.

## بخشنامه ها

معاونت محترم سلامت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی شماره: ۳۸۳۷۹۸/پ/گ تاریخ: ۱۳۸۲/۲/۲۷  
سلام علیکم

احتراما نظر به استعلام موارد زیر توسط شبکه های بهداشت و درمان خواهشمند است در این خصوص این معاونت را راهنمایی فرمایید .

۱- مواردی که پزشک کشیک ، تشخیص نیاز به بستری برای فردی می دهند ولی ایشان از بستری امتناع می ورزد در صورت تجویز دارو ( حداقل جهت اجرا در منزل ) و پیش آمدن مشکلی آیا پزشک از لحاظ قانونی مسئولیتی دارد یا خیر ؟

۲- در صورت نیاز به انجام جراحی اورژانسی برای فردی و عدم رضایت وی یا خانواده او تکلیف چیست و مسئولیت قانونی بر عهده کیست ؟

۳- در صورت تشخیص متخصص مبنی بر اعزام بیمار به مراکز مجهز تر و مخالفت بیمار یا خانواده وی از اعزام و اصرار به رسیدگی به امور بیمار در همان بیمارستان تکلیف چیست ؟

۴- در صورتیکه بیمار به سن قانونی نرسیده و پدر وی نیز در مسافرت یا... باشد و دسترسی به ایشان نباشد چه کسی می تواند رضایت به انجام جراحی را امضا نماید ؟

۵- بیماری که بدون علائم حیاتی به اورژانس آورده می شود مسئولیت صدور جواز دفن وی با چه کسی است ؟  
۶- در مورد نوزادانی که هنگام زایمان یا حول و حوش زایمان فوت می نمایند آیا نیاز به تشکیل پرونده و بررسی در کمیته مرگ و میر بیمارستان می باشد یا خیر ؟

۷- در صورتی که بیماری بدون علائم حیاتی به بیمارستان آورده شود و صاحبان بیمار پس از اطمینان از فوت وی بدون هیچگونه شکایتی بخواهند جسد را از بیمارستان خارج نمایند آیا اجباری به صدور جواز دفن می باشد یا خیر ؟

۸- در انجام عمل جراحی در اتاق عمل رهبری تیم با چه فرد (متخصص بیهوشی یا جراحی ) می باشد ؟

۹- جراح حق انتخاب متخصص بیهوشی به میل خود را دارد.

۱۰- تعیین تکلیف و متولی بیمارانی که پس از دستور ترخیص پزشک برای تسویه حساب همراه و سرپرست ندارند و همچنین در بیمارستان به سر نمی برند .

دکتر جعفر طبری

معاون درمان و دارو

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان

شماره ۲/۱۸۲۴۴/س تاریخ: ۸۲/۸/۱۱

با سلام واحترام ؛

در پاسخ به نامه شماره ۳۸۳۷۹۸/پ/گ مورخ ۸۲/۲/۲۷ معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان .و بنا به اهمیت پرسش های مطروحه ، بدین وسیله اعلام می گردد در پاسخ به پرسش های اول ، دوم و سوم : بر اساس ماده ۵۹ و 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 . در مورد چهارم و پنجم و ششم و هفتم بر اساس نامه شماره ۱/۳/۳۷۲۶ مورخ ۸۲/۶/۲۰ معاون محترم امور پزشکی و آزمایشگاهی سازمان پزشکی قانونی کشور ، در صورتیکه بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و پدر مشارالیه نیز در دسترس نباشد ، پدر بزرگ و جد پدری و یا قیم قانونی وی می تواند رضایت نامه انجام عمل جراحی را امضا نماید . در مورد بیماری که بدون علائم حیاتی به اورژانس آورده شود ، در صورتیکه علت فوت برای پزشک معالج مشخص نبوده ، مورد مشکوک وجود داشته و یا شکایتی مطرح

باشد . جسد متوفی با اخذ دستور قضایی جهت تعیین علت فوت به مرکز پزشکی قانونی ارجاع می گردد. بدنبال آن در مورد پرسش هفتم در صورتیکه علت فوت مشخص نباشد و یا فوت به دنبال حادثه ای ( قتل ، خود کشی ، مسمومیت ، سوختگی ، تصادف و.....) رخ داده و یا شکایتی مطرح باشد ، جسد متوفی با اخذ دستور قضایی جهت تعیین علت فوت به مرکز پزشکی قانونی ارجاع می گردد . در مورد نوزادانی که هنگام زایمان یا حول و حوش زایمان فوت می نمایند، لازم است شرح معاینات ، وضعیت بالینی و اقدامات درمانی به عمل آمده در پرونده بالینی درج شود در مورد پرسش هشتم عنوان می گردد در انجام اعمال جراحی گروههای تخصصی و هر یک از افراد تیم جراحی ، مسئولیت خاص خود را دارند که تعریف شده است و در عین حال همه گروه های تخصصی در جهت بهبودی بیمار در تعامل دائم هستند .

پاسخ پرسش نهم : در هر مرکز بیمارستانی در ابتدای هر ماه و به طور معمول از سوی رئیس گروه بیهوشی مرکز برنامه ای برای متخصصین بیهوشی تهیه می گردد که به تائید رئیس مرکز درمانی رسیده و لازم الاجرا خواهد بود . و بالاخره در پاسخ به پرسش دهم بر اساس نامه شماره ۷۸۲۲۴/ج/ن مورخ ۸۲/۶/۳ سرپرست محترم دفتر حقوقی و امور مجلس وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در اینگونه موارد بیمار فاقد همراه یا سرپرست به سازمان بهزیستی تحویل داده میشود . مقتضی است مراتب جهت بهره برداری و اجرا به مراکز تابعه ارسال گردد. ۷/۱۶/ع

دکتر محمد علی نیلفروش

رئیس مرکز برنامه ریزی و هماهنگی در امور درمان

رئیس محترم دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شماره ۲/۳۹۲۸۱/س  
با سلام . احترام ؛ تاریخ: ۸۳/۳/۲۰

به منظور پاسخ گویی به برخی سوالات مطروحه در نزد روسای مراکز درمانی کشور در خصوص پاره ای از ابهامات موجود در واحد پذیرش مراکز درمانی و با توجه به دیدگاه دفتر حقوقی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی طی نامه شماره ۲۱۶۳۳/ح/ن مورخ ۸۳/۲/۲۱ دستورالعمل حاضر موارد ذیل جهت اعلام به کلیه واحدهای ذی ربط و اقدام مقتضی ارسال می گردد .

۱. بر اساس مفاد بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع باید با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی با رعایت موازین پزشکی و علمی و نظامات دولتی انجام شود و در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نمی باشد . در خصوص اخذ رضایت برای اعمال جراحی قانونا تفاوتی فیما بین زنان و مردان نیست و هر کس به سن قانونی رسیده باشد اخذ رضایت از وی بر اساس ضوابط کفایت می کند . انجام اعمال جراحی در مورد دختر خانمهای بالاتر از ۱۸ سال تمام و خانمهای مطلقه همانند آقایان با اخذ رضایت از خود آنها امکان پذیر خواهد بود .

۲. برای انجام اعمال جراحی در مورد صغار و محجورین ، بستگان فاقد سمت قانونی نمی توانند اعلام رضایت نمایند مگر در مواردی که امکان اخذ رضایت از افراد مورد بحث مقدور نباشد اعمال جراحی می بایست بدون اخذ رضایت نامه انجام شود .

۳. در مورد سالمندان چنانچه از نظر قانونی محجور تلقی نشوند بستری نمودن و عمل جراحی آنان در بیمارستان با رضایت خود این افراد فاقد اشکال است.

۴. در خصوص کلیه اعمال جراحی برای همسران که در ارتباط با تنظیم خانواده می باشد صرف نظر از الزامات قانونی ، اخذ رضایت همسران با اصول کلی حقوقی و حفظ کیان خانواده و رعایت حقوق زوجین مطابقت خواهد داشت .

۵. بر اساس کلیات آیین نامه اجرایی مرکز اورژانس تهران مصوب ۱۳۵۵ بالاخص ماده ۳ پذیرش بیماران اورژانسی در بیمارستانها و مراکز در مانی اعم از عمومی و خصوصی الزامی می باشد لذا عدم پذیرش بیماران مذکور به دلیل همراه نداشتن مدارک قانونی احراز هویت و یا تبعه خارجی بودن آنان بلاوجه می باشد .

۶. با عنایت به مفاد ماده ۳۲۲ بحث دیات قانون مجازات اسلامی که مقرر داشته اگر طبیب قبل از شروع درمان از مریض یا ولی او براءت حاصل نماید عهده دار خسارت پدید آمده نخواهد بود . اگر چنانچه از مریض و یا سر پرستان قانونی وی قبل از انجام عمل

جراحی برائت نامه اخذ شده باشد بر اساس مندرجات ماده فوق و مفاد بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی قانوناً مسئولیتی به عهده طبیب و سایر دست اندر کاران اعمال جراحی نخواهد بود. ع/۳/۱۲  
دکتر محمد اسماعیل اکبری  
معاون سلامت



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی  
معاونت پژوهشی  
جناب آقای دکتر محمد حسین صومی  
معاونت محترم درمان و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

احتراماً بازگشت به نامه شماره ۵/۲/۸۹۳۲ مورخ ۷۹/۱۱/۱۷ نظر به اینکه پرونده پزشکی بیماران جزء مایملک بیمارستان محسوب می شود و اطلاعات داخل آن نیز محرمانه بوده و متعلق به شخص بیمار است بنابراین بیمارستان بدون اجازه بیمار از نظر قانونی و اخلاقی مجاز به ارائه مستندات پرونده به هیچ فرد حقیقی و یا حقوقی نمی باشد. ولذا خروج اصل پرونده بیمار از بیمارستان بجز در مواقعی که بصورت رسمی از طرف مراجع قضایی درخواست شده باشد مجاز نخواهد بود. در سایر موارد فقط در صورت رضایت بیمار و یا ولی قانونی وی می توان کپی از پرونده بیمار که ممهور به مهر بیمارستان باشد را جهت سازمانها و مراجع متقاضی ارسال نمود.

دکتر حسین ملک افضلی  
معاون تحقیقات و فن آوری

تاریخ: 1392/08/05

شماره: 78984/پ

پیوست:



سازمان پزشکی قانونی کشور

حماة اقتصادی  
حماسه سازی

جناب آقای دکتر سید سجاد رضوی

مدیر کل محترم دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

سلام علیکم

با سلام و صلوات بر محمد و آل محمد (ص) احتراماً بازگشت به نامه شماره ۴۰۲/۲۱۸۹ مورخ ۹۲/۶/۱۹ در خصوص موضوع رضایت و براءت مراتب ذیل به حضورتان تقدیم می گردد:

۱- اخذ رضایت از بیمار برای درمان به معنای اذن به مداخله پزشکی و انجام معالجه می باشد و به موجب قانون جهت آغاز اقدامات پزشکی ضروری است لذا پزشک معالج می بایستی از بیمار یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی رضایت اخذ نماید. این فرآیند در مراجعات سرپایی به مطب ها و مراکز درمانی بطور ضمنی یا شفاهی صورت گرفته و در موارد بستری در مراکز درمانی جهت مستندسازی در پرونده بالینی بطور کتبی انجام می گیرد.

قانون مجازات اسلامی در بند "ج" ماده ۱۵۸ به لزوم اخذ رضایت برای مستثنی شدن اقدامات جراحی و طبی از شمول مجازات تأکید دارد و صرفاً در موارد فوری اخذ رضایت را ضروری ندانسته است. گرچه در قانون مذکور پیرامون کیفیت و چگونگی اخذ رضایت توضیحی داده نشده ولی چنین استنباط می گردد که مقوله ی رضایت فرآیندی است فیما بین پزشک معالج و بیمار، فلذا بیمار پس از کسب آگاهی از چگونگی روند اقدامات تشخیصی و درمانی بطور آگاهانه اقدام به دادن رضایت به پزشک معالج می نماید.

۲- در قانون مجازات اسلامی قبلی هدف از اخذ براءت از بیمار، ابراء پزشک معالج نسبت به پیامدهای احتمالی اقدامات جراحی و طبی بوده و بر اساس موادی از آن (مواد ۶۰ و ۳۲۲) هرگونه عارضه متعاقب اقدامات جراحی یا طبی، موجب ضمان طیب معالج میگردد مگر با اخذ براءت از بیمار قبل از اقدام تشخیصی و درمانی.

اگرچه طبق ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲ و همچنین تبصره ۱ این ماده، در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل، علیرغم عدم اخذ براءت نامه از بیمار وی را ضامن نمی داند و به عبارت دیگر در صورت بروز عارضه متعاقب اقدامات جراحی یا طبی، پزشک معالج را تنها به شرط ارتکاب قصور یا تقصیر ضامن می داند ولی باتوجه به اینکه در ماده مذکور به



..... تاریخ:

..... شماره:

..... پیوست:

اخذ برائت از بیمار یا ولی وی اشاره شده است نمی توان برداشت نمود که اخذ برائت لازم نمی باشد. لذا اخذ برائت نامه همراه با رضایت نامه توصیه می شود.

۳- در انتها اضافه کردن این نکته ضروری است که رضایت و برائتی معتبر است که توسط پزشک معالج و بطور آزادانه و آگاهانه از بیمار و یا ولی بیمار (اعم از خاص و عام) که از اهلیت قانونی (بالغ، عاقل، رشید) برخوردار است اخذ گردد و با توجه به اینکه پزشک معالج آگاهی لازم از نحوه اقدامات و عوارض احتمالی دارد و در راستای منشور حقوق بیمار و برقراری ارتباط موثر بین بیمار و پزشک معالج ارجح است که رضایت و برائت توسط پزشک معالج وفق ضوابط وزارت بهداشت و درمان اخذ شود و ضرورتی برای اخذ رضایت و برائت توسط سایر افراد از جمله متخصصین پزشکی قانونی وجود ندارد.

**دکتر سید امیرحسین مهدوی**  
**معاون پزشکی و آزمایشگاهی سازمان**



## قانون مجازات خوداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب سال ۱۳۵۴

ماده واحده ۱: هرکس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود و یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیتدار از وقوع خطر یا تشدید آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه او یا دیگران شود و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری نماید به حبس جنحه ای تا یک سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این مورد اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می توانسته کمک موثری بنماید به حبس جنحه ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم

خواهد شد. مسئولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب دیده و اقدام به درمان او یا کمکهای اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکر شده محکوم خواهند شد.

نحوه تامین هزینه درمان این قبیل بیماران و سایر مسائل مربوط به موجب آئین نامه ای است که به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

۲- هرگاه کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلفند به اشخاص آسیب دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند از اقدام لازم و کمک به آنها خودداری کنند به حبس جنحه ای از ۶ ماه تا ۳ سال محکوم خواهند شد.

۳- دولت مکلف است در شهر ها و راهها به تناسب احتیاج مراکز درمان فوری (اورژانس) و وسایل انتقال مصدومین و بیماران که احتیاج فوری دارند ایجاد و فراهم نماید.

۴- مامورین انتظامی نباید معترض کسانی که خود متهم نبوده و اشخاص آسیب دیده را به مراجع انتظامی یا مراکز درمانی می رسانند بشوند و فقط هویت و محل اقامت آنها را اعلام خواهند کرد.

آئین نامه اجرائی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴/۳/۵- مصوب جلسه مورخ ۱۳۶۴/۱۰/۱۵ هیات وزیران

ماده ۱- فوریتهای پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو یا عوارض صعب العلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد.

ماده ۲- از نظر این آئین نامه فوریتهای پزشکی (اورژانس) شامل موارد زیر می شود:

۱- مسمومیتها ۲- سوختگی ها ۳- زایمان ها ۴- صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسایل نقلیه ۵- سکنه های مغزی و قلبی ۶- خونریزی ها و شوک ها

۷- اغماء ۸- اختلالات تنفسی شدید و خفگی ها ۹- تشنجات ۱۰- بیماری های عفونی خطرناک مانند مننژیت ها

۱۱- بیماری های نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند ۱۲- سایر مواردی که در شمول تعریف ماده (۱) قرار می گیرند.

ماده ۳- بیمار مشمول این آئین نامه شخصی است که طبق تعریف فوریتهای پزشکی (اورژانس) احتیاج به کمک فوری دارد.

ماده ۴: کلیه بیمارستان ها اعم از دولتی و غیر دولتی در تمام اوقات شبانه روز و نیز درمانگاهها

و سایر مؤسسات درمانی در ساعات فعالیت طبق پروانه تاسیس که از وزارت بهداشت سابق دریافت داشته اند مکلف به پذیرش بیمارانی که مشمول فوریتهای پزشکی هستند، می باشند.

ماده ۵: در مناطقی که مرکز اورژانس وجود دارد و به نحوی از موارد فوریتهای پزشکی اطلاع پیدا می کند مسئولیت مستقیم انتقال بیمار به مراکز درمانی با مرکز اورژانس است.

تبصره: همه افراد مکلفند به محض مشاهده هر گونه موارد اورژانس در صورت دسترسی به مرکز اورژانس از طریق تلفن و سایر وسایل ارتباطی فوراً مورد را به آگاهی نزدیکترین مرکز اورژانس برسانند و در صورت عدم دسترسی به واحد اورژانس نسبت به انتقال بیمار اورژانس به نزدیکترین مراکز درمانی اقدام نمایند.

ماده ۶: مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی موظفند در موارد فوریت‌های پزشکی بدون تأمل و اتلاف وقت و دریافت وجه اولیه (ودیعه)، با استفاده از همه وسایل و امکانات موجود نسبت به ارایه درمان‌های لازم بیماران اقدام نمایند. بدیهی است پس از تثبیت وضعیت بیمار، مراحل عادی پرداخت هزینه باید طبق تعرفه های مصوب انجام گیرد.

تبصره ۱- در مواردی که طبق تشخیص کارشناس دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، بیمار استطاعت مالی نداشته یا اینکه به هر دلیلی پرداخت هزینه های انجام شده، ممکن نشود، تمام یا قسمتی از هزینه درمان توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طرف مدت سه ماه پرداخت خواهد گردید و بیمار یا اولیای قانونی وی مکلف می باشند، مابه التفاوت هزینه پرداختی وزارتخانه یاد شده را به واحد درمانی بپردازند.

تبصره ۲- هزینه های ناشی از اجرای این آیین نامه بر اساس پیشنهاد کارشناسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بودجه کل کشور منظور خواهد شد.

حسن حبیبی - معاون اول رییس جمهور

---

<sup>۱</sup> ماده ۶: در صورتی که بیمار اورژانسی در واحدهای بخش دولتی تحت مداوا قرار گیرد؛ حق العلاج پزشکی که جهت مداوای بیمار فرا خوانده می شود، در صورتی که در ساعات غیر اداری باشد برابر ۵۰٪ تعرفه خدمات درمانی مورد عمل در آن مورد خاص خواهد بود.

تبصره: پزشکیانی که منحصراً در بخش خصوصی به کار اشتغال دارند، در صورتی که بدلیل نیاز از آنها کمک خواسته شود، در تمام اوقات از مزایای این ماده استفاده خواهند نمود.

ماده ۷: در صورتی که بیمار اورژانس در واحدهای درمانی غیر دولتی تحت مداوا قرار گیرد، هزینه درمان توسط بیمار طبق تعرفه خدمات درمانی پرداخت خواهد شد.

تبصره: در موارد استثنایی که بیمار استطاعت پرداخت کامل هزینه درمان خود را نداشته باشد، طبق نظر کارشناس مددکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر تا ۸۰٪ کل هزینه توسط آن وزارتخانه پرداخت خواهد شد. بدیهی است مابه التفاوت پرداختی وزارتخانه مذکور را خود بیمار باید به واحد درمانی مربوطه بپردازد

#### موادی از قانون مجازات اسلامی :

**ماده ۴۹۵-** هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه أخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می شود.

تبصره ۱- در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هر چند برائت أخذ نکرده باشد.  
تبصره ۲ -ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه قضاییه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستان های مربوطه به اعطای برائت به طبیب اقدام می نماید.

**ماده ۴۹۶-** پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می نماید، در صورت تلف یا صدمه بدنی ضامن است مگر آنکه مطابق ماده (۴۹۵) این قانون عمل نماید.

تبصره ۱- در موارد مزبور، هرگاه مریض یا پرستار بداند که دستور اشتباه است و موجب صدمه و تلف می شود و با وجود این به دستور عمل کند، پزشک ضامن نیست بلکه صدمه و خسارت مستند به خود مریض یا پرستار است.

تبصره ۲- در قطع عضو یا جراحات ایجاد شده در معالجات پزشکی طبق ماده (۴۹۵) این قانون عمل می شود.

**ماده ۴۹۷-** در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

## پذیرش بیماران مجهول الهویه

### تعریف :

پذیرش بیماران غیر عادی، همیشه مشکلات فراوانی را برای مسئولین پذیرش به دنبال دارد. اگر این بیماران در شرایطی (مانند تصادفات، با اختلال حواس، ضرب و جرح، حوادث غیر مترقبه، کودک سر راهی و غیره) باشند که تعیین هویت و اخذ اطلاعات فردی برای متصدی پذیرش غیر ممکن باشد یا به عبارتی دیگر مجهول الهویه باشند، ممکن است به منظور تعیین هویت بیمار در آینده لازم باشد تا تدابیر دیگری علاوه بر روندهای جاری به کار گرفته شوند.

### روش اجرایی :

- ۱- نام خانوادگی بیمار به علت مجهول الهویه بودن، بنام مجهول الهویه ثبت و در صورت عدم شناسایی بیمار تا زمان ترخیص تحت همین نام در بیمارستان شناسایی خواهد شد. (سایر عناوین موجود عبارتند از گمنام، نامشخص، بی هویت، نامعلوم که هیچ کدام رد نمی شوند؛ ولی برای یکپارچگی اقدام این عناوین مورد نظر نمی باشند).
- نکته ۱: کارت اندکس بیمار با نام خانوادگی مجهول الهویه صادر و تحت حرف م فایل خواهد شد.
- نکته ۲: در صورت تعدد بیماران مجهول الهویه کارت اندکس بیماران به ترتیب تقدم و تأخر ورود در بیمارستان فایل میگردد. (مثال مجهول الهویه ۱ و ۲ و...)
- ۲- جنس بیمار دقیقاً ثبت شود لازم به ذکر است که در محل نام بیمار در کارت اندکس نیز میتوان جنس وی را مجدداً ذکر کرد. (مثال زن مجهول الهویه)
- ۳- برای تخمین سن تقریبی از پزشک مسئول شیفت اورژانس کمک بخواهید.
- ۴- بهتر است در گزینه آدرس بیمار، محل یافتن بیمار ثبت شود.
- ۵- آدرس، مشخصات هویتی (از روی کارت هویت معتبر) و شماره تلفن آورنده بیمار را قید نمایید.
- ۶- نام مرکز نیروی انتظامی، فرد اطلاع دهنده به مرکز انتظامی، تاریخ و ساعت تماس و نام مأمور را قید نمایید.
- ۷- هر گونه اموال و متعلقات بیمار و حتی البسه وی را نیز دقیقاً ضبط کنید، چرا که ممکن است در شناسایی فرد مثرم باشد.
- ۸- پس از فوت بیمار مجهول الهویه با مرکز پزشکی قانونی ارتباط برقرار نموده و فوت بیمار را جهت هر گونه اقدام مقتضی، اطلاع دهید.
- ۹- نگهداری بخشهایی از بافتهای بدن بیمار (در سازمان ذیربط) که انجام آزمایش DNA را میسر میسازد.
- ۱۰- **ترخیص بیمار مجهول الهویه** : گاهی اوقات ترخیص به صورت انتقال به مراکز نگهداری کودکان سرراهی، به مراکز نگهداری سالمندان، مراکز نگهداری مجانین، گورستان و ... می باشد. در هر صورت بیمارستان باید برای تمامی اشکال ترخیص، دستورالعمل لازم را داشته باشد تا در صورت مواجهه دچار تأخیر نشود.
- ۱۱- در مورد بیمارانی که بصورت دسته جمعی (ناشی از حوادث غیر مترقبه) به بیمارستان آورده می شوند به لحاظ این که با جمعیت زیادی از افراد صدمه دیده که بعضاً ممکن است تعدادی از آنان مجهول الهویه باشند، مواجه هستیم لذا واحد پذیرش وهم پرستاری باید برای این بیماران تدابیر یکنواخت و از پیش تعریف شده ای را تدارک دیده و آمادگی لازم را دارا باشند.
- ممکن است نکات قید شده برای تعیین هویت بیمار کافی نباشد، لذا صورت جلسه ای نیز برای ثبت سایر نکات برجسته در نظر گرفته شود (فرم پیوست).

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|--------------|----------------------------------------|---------------------|--------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               | <b>شهرستان: .....</b><br><b>بیمارستان: .....</b> |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>فرم صورتجلسه بیمار ان مجهول الهوية</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۱- شماره پرونده: .....</b><br><b>تاریخ و ساعت تنظیم: .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>۲- تشخیص بیماری: .....</b> | <b>۳- محل الصاق عکس بیمار: .....</b>             |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۴- وضعیت بیمار در بدو ورود: هوشیار <input type="checkbox"/> نیمه هوشیار <input type="checkbox"/> کومای مطلق <input type="checkbox"/> فوت شده <input type="checkbox"/></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۵- علت ارجاع: حوادث غیر مترقبه <input type="checkbox"/> و نوع آن: ..... عقب افتادگی ذهنی <input type="checkbox"/> اختلالات روانی <input type="checkbox"/> تصادف <input type="checkbox"/> کودک سرراهی <input type="checkbox"/> فرد سالخورده <input type="checkbox"/> و .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۶- وضعیت ظاهری بیمار:</b><br>سن تقریبی: ..... جنس: ..... نژاد: ..... ملیت: ..... قد به سانتی متر: ..... چاقی <input type="checkbox"/> لاغر <input type="checkbox"/> ماه گرفتگی <input type="checkbox"/> موضع و سایز آن: .....<br>خال <input type="checkbox"/> محل آن: ..... اسکار <input type="checkbox"/> محل آن: ..... خالکوبی <input type="checkbox"/> محل و شکل آن: ..... دندان مصنوعی <input type="checkbox"/> موقعیت آن: ..... دندان طلا <input type="checkbox"/> موقعیت آن: .....<br>رنگ مو: ..... (طبیعی <input type="checkbox"/> مصنوعی <input type="checkbox"/> ) رنگ چشم: ..... رنگ پوست: ..... هرگونه نقص عضو یا علامت ویژه یا ذکر محل آن: ..... |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۷- متعلقات بیمار: (با ذکر نوع، رنگ و تعداد قید گردد)</b><br>البسه: (محلی یا رسمی و غیره): .....<br>اشیاء قیمتی و جواهرات: .....<br>مدارک همراه: ..... سایر متعلقات: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۸- متعلقات بیمار، تحویل بخش نگهداری البسه و متعلقات گردید:</b><br><table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">نام و نام خانوادگی تحویل دهنده: .....</td> <td style="width: 33%;">تاریخ و ساعت: .....</td> <td style="width: 33%;">اعضاء: .....</td> </tr> <tr> <td>نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده: .....</td> <td>تاریخ و ساعت: .....</td> <td>اعضاء: .....</td> </tr> </table> بخش نگهداری متعلقات: صندوق <input type="checkbox"/> مددکاری <input type="checkbox"/> نیروی انتظامی <input type="checkbox"/> خدمات پرستاری <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....                                                                          |                               |                                                  | نام و نام خانوادگی تحویل دهنده: ..... | تاریخ و ساعت: ..... | اعضاء: ..... | نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده: ..... | تاریخ و ساعت: ..... | اعضاء: ..... |
| نام و نام خانوادگی تحویل دهنده: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | تاریخ و ساعت: .....           | اعضاء: .....                                     |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | تاریخ و ساعت: .....           | اعضاء: .....                                     |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۹- مشخصات آورنده بیمار:</b><br>نام و نام خانوادگی: ..... آدرس و تلفن: .....<br>آدرس محل یافتن بیمار: ..... اعضاء: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۱۰- نحوه انتقال بیمار به بیمارستان: آمبولانس <input type="checkbox"/> خودروی شخصی <input type="checkbox"/> اورژانس اجتماعی <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۱۱- مشخصات همکار بیمارستان اطلاع دهنده به مراجع قانونی:</b><br>نام و نام خانوادگی: ..... آدرس و تلفن: .....<br>نام مرجع قانونی: ..... تاریخ و ساعت برقراری تماس: .....<br>نام و نام خانوادگی فرد دریافت کننده اطلاعات و سمت وی: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۱۲- وضعیت بیمار هنگام ترخیص در صورت عدم شناسای بیمار:</b><br>فوتی <input type="checkbox"/> ..... به پرورشیگاه انتقال یافت <input type="checkbox"/> نام پرورشیگاه: .....<br>به مرکز نگهداری انتقال یافت <input type="checkbox"/> نام مرکز: ..... فرار کرد <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....<br>تایید مسئول تحویل گیرنده: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۱۳- آیا هویت بیمار تعیین گردید؟</b> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/><br>نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: .....<br>(اطلاع به مسئول بخش مدارک پزشکی جهت تنظیم صورتجلسه اصلاح مشخصات هویتی بیمار)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۱۴- محل اثر انگشت سپایه (دست راست ، در صورت نداشتن</b><br><b>شصت پای راست) در صورت هوشیار بودن بیمار:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               | <b>۱۵- ملاحظات:</b>                              |                                       |                     |              |                                        |                     |              |
| <b>۱۶- افراد مشارکت کننده در تهیه صورتجلسه</b><br>۱- پزشک بخش (شیفت)<br>۲- رئیس، مدیر یا سوپروایزر (شیفت)<br>۳- مسئول بخش (شیفت)<br>۴- مسئول پذیرش (شیفت)<br>۵- سامور نیروی انتظامی (شیفت)<br>۶- مددکار                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               |                                                  |                                       |                     |              |                                        |                     |              |

## دستورالعمل نحوه پذیرش بیماران مجهول الهویه در بیمارستان

موارد قابل توجه در تکمیل فرم صورتحلیله بیمار مجهول الهویه :

- ۱- فرم مربوطه در بخشی که بیمار مراجعه و بستری شده است تکمیل می گردد و مسئول نظارت بر تکمیل فرم مسئول بخش (شیفت) خواهد بود.
- ۲- الصاق عکس بیمار در هنگام پذیرش با توجه به سیاست بیمارستان و امکانات موجود.
- ۳- برای تکمیل قسمت مربوط به وضعیت ظاهری بیمار، از پزشک مسئول شیفت کمک بخواهید.
- ۴- با توجه به سیاست بیمارستان هر گونه اموال و متعلقات بیمار و حتی البسه وی را نیز دقیقاً ضبط کنید ، چرا که ممکن است در شناسایی فرد متمر ثمر باشد.

۵- فرد، واحد یا بخش موظف به نگهداری متعلقات

الف) مددکاری اجتماعی - ب) دفتر پرستاری - ج) صندوق - د) واحد پذیرش - ه) نیروی انتظامی

۶- مشخصات آورنده بیمار: نام و آدرس فردی که بیمار را به بیمارستان آورده است.

۷- نحوه انتقال بیمار به بیمارستان: امبولانس (۱۱۵-۱۲۳-هلال احمر و...) - شخصی - و سایر موارد

۸- نام مرجع قانونی (نیروی انتظامی ، دادگستری ، حراست - پزشکی قانونی و...) ، فرد اطلاع دهنده به مرجع قانونی ، تاریخ و ساعت تماس و نام فرد دریافت کننده اطلاعات را قید نمایید.

۹- وضعیت ترخیص بیمار (همیشه یک بیمار مجهول الهویه، یک فرد تصادفی یا آسیب دیده نیست، بلکه ممکن است یک کودک سرراهی، یک فرد روانی یا سالخورده یا از دست دادن حافظه باشد)

الف) فوت شده - ب) به پرورشگاه انتقال یافت - ج) به مرکز نگهداری انتقال یافت - د) فرار کرد

۱۰- در صورت شناسایی بیمار در هر یک از مراحل درمانی ، مشخصات وی را ذکر نموده و جهت اقدامات بعدی و تکمیل فرم اصلاح مشخصات هویتی به بخش مدارک پزشکی اطلاع دهید.

۱۱- اثر انگشت بیمار (سبابه راست در صورت نداشتن دست، شصت پای راست)

۱۲- ملاحظات :

- اگر در رابطه با تعیین هویت بیمار در روزنامه ها اطلاعیه ای داده میشود، نکات ذیل قید گردد:

الف) نام روزنامه - ب) تاریخ و دفعات اطلاعیه - سایر موارد قابل ذکر

- در صورت امکان نگهداری بخشهایی از بافتهای بدن بیمار (در سازمان ذیربط) که انجام آزمایش DNA را میسر میسازد ، (مو ، پوست و...) در این قسمت ذکر گردد.

- در صورت انجام سایر اموری مرتبط در این قسمت لحاظ گردد.

۱۳- در فرم صورت جلسه مشخص کنید که چه افرادی در تنظیم صورت جلسه حضور داشته اند:

الف) پزشک بخش (شیفت) - ب) رئیس ، مدیر ، سوپر وایزر شیفت - ج) مسئول بخش (شیفت)

د- مسئول پذیرش (شیفت) - ذ) مامور نیروی انتظامی (شیفت) - ر) مددکاری - ز) حراست

لازم به ذکر است که تمامی موارد ذکر شده وسیله ای برای کمک به تعیین هویت بیمار و ادعاهای وی در دعاوی حقوقی است.

نکته: فرم مورد نظر در یک نسخه تهیه شده و ضمیمه پرونده بیمار می گردد.