

فرم رضایت انتقال

بیماران نیازمند پیوند را یاری کنیم

تاریخ: / /

اینجانبان خانواده آقای/خانم فرزند متولد به شماره شناسنامه صادره از که تشخیص مرگ مغزی ایشان از نظر بالینی توسط پزشکان معالج تأیید شده است، رضایت می‌دهیم که انتقال ایشان جهت اهدای عضو پس از اثبات کامل مرگ مغزی (توسط متخصصین معتمد وزارت بهداشت و متخصص پزشک قانونی نماینده قوه قضائیه) به بخش ICU ویژه واحد فراهم آوری اعضای پیوندی دانشگاه علوم پزشکی بیمارستان توسط پزشکان آن مرکز صورت پذیرد.

بدیهی است در صورت عدم اثبات مرگ مغزی، هماهنگی جهت ادامه درمان در آن مرکز و یا سایر مراکز درمانی، بر عهده واحد فراهم آوری اعضا خواهد بود.

نکات:

- ۱- در صورت عدم رضایت خانواده به اهدای عضو پس از تأیید نهایی مرگ مغزی توسط متخصصین، کلیه هزینه‌های انتقال، مراقبت و تأیید بر عهده‌ی خانواده فرد مرگ مغزی می‌باشد.
- ۲- اخذ پذیرش از بیمارستان‌های دیگر در صورت عدم رضایت خانواده به اهدای عضو پس از تأیید مرگ مغزی بر عهده‌ی خانواده می‌باشد.

نشانی و شماره تلفن:

امضا و اثر انگشت:

-۱

-۲

-۳

-۴

-۵

-۶