

کد سند : FA / QI / FO / 13

شماره ویرایش : 0

تاریخ ابلاغ : 99/6/16

تاریخ آخرین بازنگری :

تاریخ بازنگری بعدی : 1401/6/16



دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان  
شبکه بهداشت و درمان شهرستان بستک  
بیمارستان فارابی بستک

## فرم تعهد همراه بیماران کووید

اینجانب ..... دارنده کد ملی ..... همراه بیمار ..... که با تشخیص بیماری حاد تنفسی (کووید) در بخش ایزوله بیمارستان فارابی بستک بستری می باشد، آگاهی و آموزش لازم در زمینه استفاده از وسایل حفاظت شخصی  ، خطرات و امکان ابتلا به بیماری کووید ناشی از حضور دربالین بیمار  ماهیت بیماری کووید  توسط پرستار ..... دریافت نموده ام. بدینوسیله اعلام می دارم کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت ناشی از بروز عوارض احتمالی (احتمال سرایت بیماری به همراه) که علیرغم رعایت موارد آموزش داده شده ممکن است پدید آید ، مبری نموده و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفی یا حقوقی نخواهم داشت.

امضای پرستار آموزش دهنده

امضای و اثر انگشت متعهد