دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان
معاونت درمان
اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت

تاریخ تکمیل: Date:	
شماره پرونده: Unit No:	

مرکز درمانی .....

فرم درخواست مرخصی موقت

REQUEST TEMPORARY DISCHARGE SHEET

نام خانوادگی: Family Name:	نام: Name:	بخش: Ward:	پزشک معالج: Attending Physician :
نام پدر: Father Name:	تاریخ تولد: Date of Birth:	تخت: Bed:	جنس: Sex: ☐ M ☐ F
		اتاق: Room:	

جناب آقای دکتر / سرکار خانم دکتر .....

اینجانب بیمار ☐ / سرپرست / نماینده قانونی بیمار ☐، ..... فرزند ..... دارای کد ملی ..... برای خود / بیمار خود که با تشخیص ..... در بخش ..... بستری می باشم / می باشد به علت .....، تقاضای مرخصی موقت از تاریخ ..... / ..... / ..... ساعت ..... : ..... به مدت ..... روز / ساعت را دارم. خواهشمند است با درخواست اینجانب موافقت فرمائید.

تاریخ درخواست **نسبت درخواست کننده با بیمار** **امضای درخواست کننده**

اینجانب دکتر ..... پزشک معالج بیمار ..... که در بخش ..... بستری می باشد با توجه به بررسی ها، معاینات، نتایج پاراکلینیک و شرایط جسمی و روحی بیمار، با مرخصی موقت ایشان از تاریخ ..... / ..... / ..... ساعت ..... : ..... به مدت ..... روز / ساعت مشروط به رعایت موارد ذیل موافقت می نمایم. بر این اساس، زمان بازگشت بیمار از مرخصی موقت، تاریخ ..... / ..... / ..... ساعت ..... : ..... می باشد.

۱-

۲-

۳-

۴-

۵-

تاریخ **مهر و امضای پزشک معالج**

تذکر : لطفاً قبل از تکمیل فرم به توضیحات پشت برگه توجه فرمایید

مدیر محترم امور مالی بیمارستان

با توجه به درخواست مرخصی موقت بیمار ..... دارای کد ملی ..... و موافقت پزشک معالج ایشان با درخواست مذکور، شایسته است نسبت به ترخیص نامبرده طبق دستورالعمل های ابلاغی، اقدام لازم صورت پذیرد.

تاریخ **مهر و امضای مدیر بیمارستان**

با توجه به موارد فوق، بیمار ..... دارای کد ملی ..... با پرداخت مبلغ ..... ریال، هزینه های پرونده بالینی خود را با این بیمارستان تسویه نموده و خروج نامبرده از مرکز برای مرخصی موقت بلامانع می باشد.

تاریخ **مهر و امضای واحد ترخیص بیمارستان**

توضیحات مهم :

۱- حفظ و نگهداری اصل این فرم به عنوان فرم دائمی روی پرونده الزامی می باشد.

۲- درخواست شخصی بیمار یا نماینده قانونی وی برای مرخصی موقت ضروری می باشد. لذا در صورتیکه بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و یا دچار اختلالات ذهنی و روانی باشد، درخواست مرخصی موقت باید توسط ولی قانونی وی تکمیل شود. ولی قانونی، پدر است و در نبود وی جد پدری می باشد. در صورت فوت یا عدم امکان دسترسی به ایشان و عدم تعیین قیم قانونی از طرف دادگاه مادر به عنوان ولی اتفاقی محسوب می شود .

۳- تأیید پزشک معالج بیمار برای مرخصی موقت الزامی است.

۴- موافقت با مرخصی موقت، نباید درمان بیمار را دچار اشکال نماید.

۵- موافقت با مرخصی موقت نباید به علت وجود مشکلات روحی بیمار باعث تهدید خطر جانی برای وی شود.

۶- ثبت دستور، توصیه های زمان ترخیص، زمان شروع (تاریخ و ساعت) و مدت (روز و ساعت) مرخصی موقت توسط پزشک در فرم های سیر بیماری و دستورات پزشک الزامی است.

۷- ثبت زمان خروج و بازگشت بیمار با ذکر تاریخ و ساعت به صورت دقیق و کامل در فرم گزارش پرستار توسط پرستار الزامی است.

۸- فرم مرخصی موقت، در حکم یک سند رسمی محسوب می شود. بنابراین باید تابع ضوابط و شرایط تنظیم اسناد رسمی کشور باشد.

۹- درخواست مرخصی موقت در موارد بیماری های روان و مواردی که چهارچوب قانونی در مورد آنها وجود دارد تابع دستورالعمل و موازین قانونی مربوطه می باشد.