

# فرم ارجاع به کمیته توبکتومی



شماره نامه:

تاریخ:

سرکار خانم دکتر/ جناب آقای دکتر .....  
 از: مرکز بهداشت شهرستان .....  
 بدینوسیله خانم ..... فرزند ..... متولد .....  
 با کد ملی ..... همسر آقای .....  
 ، با توجه به اندیکاسیون های جدول ذیل  
 متقاضی انجام توبکتومی می باشند .

ردیف	اندیکاسیون	ردیف	اندیکاسیون	ردیف	اندیکاسیون
1	ابتلا فعلی یا قبلی به سرطان (همه قسمتهای بدن)	8	بیماریهای مزمن کلیوی، نارسایی کلیه، سندروم نفروتیک، پیوند کلیه	15	بیماریهای اتوایمون پوست (پمفیگوس، پسوریازیس)
2	بیماران دارای دریچه مصنوعی قلبی	9	بیماریهای اتوایمون	16	تعداد فرزند 5 و بیشتر
3	سابقه ترومبوآمبولی	10	هر ضایعه مغزی	17	بیماری های نورولوژیک مزمن (MS-صرع- میاستنی گراو- ALS و....)
4	هیپر تانسینون پوئمونر با هر شدتی	11	سیروز یا هر سندرم بودکیاری که واریس مری دهد	18	افراد 40 سال به بالا
5	بیماریهای مزمن ریوی	12	بیماریهای روانی با نظر دو روانپزشک	19	بیمارانی که برای بار سوم C/S میشوند (بشرطی که دو فرزند زنده داشته باشند)
6	بیماری مزمن خونی	13	بیماریهای داخلی وجراحی که در لیست فوق نیستند با نظر 2 متخصص	20	پلاستیا پرویا توتال
7	فشارخون مزمن	14	افراد آلوده یا مبتلا به ایدز		

خلاصه ای از شرح حال بیماری:

ندارد

سابقه بیماری:  دارد  ندارد

در صورت بله نام بیماری ذکر

گردد: .....

در

ندارد

سابقه مصرف دارو  دارد   
صورت بله نام دارو ذکر  
گردد: .....

ندارد

سابقه حساسیت  دارد   
در صورت بله حساسیت ذکر گردد: .....

نظریه متخصص.....:

باتوجه به دارا بودن اندیکاسیون ( )  
(ومدارک پزشکی پیوست ضرورت انجام توپکتوم  جهت نامبرده تایید می  
گردد.  بلی  
خیر

امضاء و مهر متخصص زنان و زایمان :

نظریه متخصص.....:

باتوجه به دارا بودن اندیکاسیون ( )  
(ومدارک پزشکی پیوست ضرورت انجام توپکتوم  جهت نامبرده تایید می  
گردد.  بلی  
خیر

امضاء و مهر متخصص.....:

امضاء و مهر مرکز بهداشت شهرستان



فرم ارجاع به بیمارستان جهت توبکتومی

سرکار  
متخصص محترم زنان و زایمان  
خانم  
دکتر/جناب  
آقای  
دکتر

با سلام

احتراما، باستحضار میرساند:

خانم.....  
باکدملی.....  
دارای..... فرزند سالم میباشد در حال حاضر کاندید عمل توبکتومی  
بوده ،لذا با توجه به بند..... اندیکاسیونهای توبکتومی  
مطابق با دستور العمل وزارت بهداشت شرایط لازم را جهت انجام  
توبکتومی دارا می باشند ، لذا مراتب جهت اطلاع به حضور ارسال  
میگردد.

امضاء و مهر مرکز بهداشت شهرستان



## فرم رضایت نامه توبکتومی

تاریخ :

شماره :

نام مرکز :

اینجانب ..... فرزند  
..... دارای شماره شناسنامه .....  
کد ملی .....  
..... صادره از .....  
دارای ..... فرزند میباشم و با توجه به مشکلات فعلی و  
بیماری ..... تقاضا دارم که عمل جراحی بستن  
لوله (توبکتومی) در مورد اینجانب انجام شود.  
با توجه به اطلاع از متن قانون دیات مصوب مجلس شورای اسلامی من این  
تقاضا را با آگاهی رضایت کامل امضاء  
می نمایم بدون اینکه مرا به انجام آن مجبور یا اغوا کرده باشند .

نام و نام خانوادگی:

اثر انگشت :

تاریخ:

اینجانب ..... فرزند  
..... دارای شماره شناسنامه .....  
کد ملی .....  
..... صادره از .....  
..... همسر خانم .....  
به عمل جراحی لوله بستن (توبکتومی) اعلام می دارم .  
رضایت کامل خود را نسبت

نام و نام خانوادگی همسر :

انگشت:

اثر

تاریخ:

اینجانب ..... امضاء کننده زیر  
صحت اثر انگشت یا مهر نامبرده را تصدیق می نمایم.