



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

معاونت درمان

بسمه تعالی

سال هجرت تولد ۱۳۹۹

دانشگاه نسل سوم، دانشگاه ارزش آفرین

شماره: ۹۹/ص/۱۳۰/۱۴۸۲

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۳/۱۸

ساعت: ۱۱:۴۹

پیوست: دارد

مدیر عامل محترم مجتمع آموزشی و درمانی .....

مدیر عامل محترم مرکز آموزشی و درمانی .....

مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان .....

مدیر عامل محترم بیمارستان .....

مسئول فنی محترم بیمارستان .....

مسئول فنی محترم مرکز جراحی محدود .....

مسئول فنی محترم مرکز درمان ناباروری .....

مسئول فنی محترم درمانگاه شبانه روزی .....

مسئول فنی محترم درمانگاه تخصصی .....

مسئول فنی محترم درمانگاه دندانپزشکی .....

سلام علیکم

با احترام ، به پیوست مکاتبه معاونین محترم درمان و بهداشت وزارت متبوع به شماره ۳۰۰/۳۳۰۵ مورخ ۹۹/۳/۱۷ با موضوع "ارسال فرم اخذ تعهد نامه مربوط به موارد سرپایی /بستری مبتلا به بیماری کووید-۱۹ به منظور رعایت اصول قرنطینه ، جداسازی و توصیه های بهداشتی با هدف پیشگیری از انتقال بیماری و حفظ سلامت عمومی جامعه" جهت اطلاع و اقدام لازم ، ارسال می گردد.

دکتر نادر توکلی  
معاون درمان دانشگاه

نشانی: تهران - تقاطع خیابان جمهوری اسلامی و حافظ - ساختمان سابق وزارت بهداشت - طبقه چهارم - کد پستی: ۱۱۳۴۸۴۵۷۶۴

تلفن: ۶۶۷۰۷۱۴۰ وبسایت: VCT.IUMS.AC.IR



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره ۳۳۰۵/۳۰۰۰  
تاریخ ۱۳۹۹/۰۳/۱۷  
پوست دارد

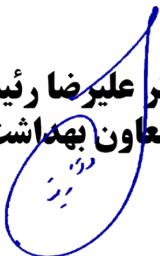
**رئیس محترم دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...**

**موضوع: اخذ تعهدنامه رعایت اصول جداسازی و توصیه های بهداشتی / معاونت بهداشت-معاونت درمان**

با سلام و احترام

به پیوست فرم اخذ تعهدنامه مربوط به موارد سرپایی/ بستری مبتلا به بیماری کووید-۱۹ به منظور رعایت اصول قرنطینه، جداسازی و توصیه های بهداشتی با هدف پیشگیری از انتقال بیماری و حفظ سلامت عمومی جامعه ارسال می گردد. لازم است دستور فرمایید، معاونین محترم درمان و بهداشت آن دانشگاه نسبت به اخذ تعهد نامه مذکور و اجرای مفاد آن اقدام لازم به عمل آورند. مسئولیت حسن اجرای این امر با آن جناب خواهد بود.

دکتر علیرضا رئیسی  
معاون بهداشت



دکتر قاسم جان بابایی  
معاون درمان



رونوشت:

- جناب آقای دکتر گویا رئیس محترم مرکز مدیریت بیماری های واگیر

## بسمه تعالی

### تعهدنامه

اینجانب: بیمار/ولی بیمار(نام و نام خانوادگی): ..... دارای کد ملی.....

تاریخ تولد..... آدرس:.....

تلفن ثابت:..... تلفن همراه:.....

که به صورت سرپایی در پایگاه/مرکز خدمات جامع سلامت: ...../بستری در بیمارستان:.....

شهرستان:.....مورد آزمایش از نظر ابتلا به بیماری کووید-۱۹ قرار گرفته ام و نتیجه آزمایش اینجانب مثبت اعلام شده است متعهد می گردم به منظور حفظ سلامت عمومی جامعه و پیشگیری از انتقال بیماری به سایر افراد به مدت:..... روز، از تاریخ..... لغایت..... با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان..... اصول قرنطینه و جداسازی را رعایت نموده و به توصیه های بهداشتی عمل نمایم.

○ اینجانب تعهد خود را جهت گذراندن دوره قرنطینه بیماری بمدت..... روز در محل نقاهتگاه ..... تعیین شده از سوی مرکز بهداشت شهرستان..... اعلام می دارم.

○ با توجه به بازدید و تایید کارشناس مرکز بهداشت شهرستان، اینجانب تعهد می نمایم دوره قرنطینه بیماری خود را بمدت..... روز در منزل شخصی خود به آدرس ..... با رعایت کلیه دستورات بهداشتی خواهم گذرانم.

اینجانب هرگونه عواقب ناشی از عدم رعایت دستورات بهداشتی را پذیرفته و چنانچه دستورات قرنطینه بیماری را انجام ندهم، در مورد اعمال برخورد های قانونی اعتراضی نخواهم داشت.

نام خانوادگی نام امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول پایگاه سلامت/مرکز خدمات جامع سلامت/بیمارستان .....

مهر و امضاء

اینجانب خانم/آقای ..... کارشناس بهداشت محیط /مبارزه با بیماریها مرکز بهداشت شهرستان.....

از منزل بیمار خانم/آقای ..... به آدرس ..... شماره پلاک .....

تلفن ثابت..... تلفن همراه..... بازدید نموده ، مکان فوق شرایط رعایت اصول قرنطینه ،

توصیه ها و دستورات بهداشتی را دارا می باشد.  نمی باشد.

مهر و امضاء