



بنام خرد

فرم شماره ۶

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس  
شورای پزشکی استان

از: ..... شماره: .....  
به: شورای پزشکی استان  
تاریخ: .....

بیمار کارمند: رسمی یا رسمی آزمایشی  طرحی  ضریب K  پیمانی  قراردادی  شرکتی  سایر

موضوع درخواست: بررسی استراحت پزشکی  بررسی از کار افتادگی  بررسی صعب‌العلاجی بانوان  سایر موارد: .....

توضیحات: .....

مشخصات بیمار:



نام: ..... نام خانوادگی: ..... فرزند: ..... سال تولد: ..... محل تولد: .....

شماره ملی: ..... شماره همراه (الزامی): ..... شماره مستخدم: .....

آدرس: .....

سمت یا پست سازمانی: ..... سنوات خدمت: ..... مدت استفاده از استراحت پزشکی در سال گذشته: .....

مدت استفاده از استراحت پزشکی از ابتدای سال جاری: .....

اقدام کننده: ..... مهر و امضاء کارگزینی ..... نام و امضای رئیس:

شماره تماس اقدام کننده: ..... مهر اداره یا سازمان مربوط

نظریه شورای پزشکی:

شماره: .....

تاریخ: .....

با سلام و احترام:

در تاریخ ..... آقا/ خانم ..... معاینه گردید، نظریه شورا به شرح زیر اعلام میشود:

مدت استراحت پزشکی نامبرده از تاریخ ..... لغایت ..... که توسط پزشک معالج ایشان خانم / آقای دکتر ..... مورد تأیید: می باشد

نمی باشد  اصلاح گردید  نیاز به اسناد معتبر دارد.

توضیحات: .....

مهر و امضای پزشکان شورا

رئیس شورای پزشکی

۳

۲

۱

نوجه: اصل نظریه شورای پزشکی در یک برگ و تنها جهت اداره متبوع و در حیطه مورد درخواست آن اداره و در بابت سر بسته معتبر بوده و کپی آن بدون مهر برابر با اصل شورا فاقد ارزش

قانونی می باشد.

مهر شورای پزشکی

**\* موضوع درخواست باید بصورت واضح و روشن از جمله: درخواست بررسی استراحت پزشکی، از کارافتادگی، انتقال، و مانند آن باشد.**

**\* ماده ۲۱ آیین نامه مرخصی ها:** هر گاه مستخدم شاغل بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد باید مراتب را در کوتاه ترین مدت ممکن به اداره متبوع خود اطلاع دهد (در موارد کمتر از ده روز گواهی پزشک را در اولین روز پس از مراجعه به محل خدمت، و در موارد ده روز و بیشتر در پایان روز یازدهم به رئیس اداره یا واحد مربوط برای ارجاع به کارگزینی ارسال دارد).

**\* ماده ۲۲ آیین نامه مرخصی ها:** کارگزینی مکلف است گواهی پزشک معالج مستخدم را برای اظهار نظر پزشک معتمد ارسال دارد و در صورتی که گواهی پزشک مورد تأیید قرار گیرد حکم مرخصی استعلاجی را صادر نماید.

**\* شورای پزشکی فقط در صورت درخواست کتبی سازمان یا اداره متبوع شخص بیمار میتواند در مورد بیماری اظهار نظر کند.**

**\* سازمان یا اداره متبوع لازم است فرم درخواست را به طور کامل و دقیق تکمیل نماید. (از جمله مدت استفاده از مرخصی استعلاجی و آخرین مرتبه مرخصی استعلاجی باید دقیقاً ذکر شود)، فرمهای ناقص در جلسه شورا مطرح نخواهد شد.**

**\* مرخصی تا سقف ۳ روز توسط پزشک معتمد قابل تأیید میباشد.**

**\* برای هر درخواست نوبت معاینه در شورای تخصصی تعیین میگردد، در روز معاینه لازم است بیمار شخصا حضور یافته و مدارک پزشکی را همراه با شناسنامه ارائه نماید.**

**\* جهت طرح درخواست از کارافتادگی و همچنین بیماریهای صعب العلاج، خلاصه ای از سیر بیماری توسط پزشک معالج باید ضمیمه شود.**

**\* پرداخت الکترونیکی وجه مربوط به رسیدگی در کمیسیون صورت گرفته و رسید آن پیوست گردد.**

**\* نظریه شورای پزشکی در یک برگ و در پاسخ به درخواست اداره متبوع و با پاکت سر بسته فقط جهت آن اداره معتبر است.**

**\* در خصوص جانبازان گرامی فقط کمیسیون پزشکی بنیاد مرجع تصمیم گیری میباشد.**

**\* نشانی شورای پزشکی استان: میدان امام حسین(ع) ابتدای خیابان انقلاب اسلامی (مشیر فاطمی) - روبروی**

**دژبانای ارتش - جنب پاساژ صدیقی - نبش کوچه یک - ساختمان شماره ۲ علوم پزشکی طبقه اول -**

اتاق ۱۰۷

شماره تماس: ۳۲۳۳۷۱۲۹