

وثيقة حقوق وواجبات المرضى

Patient Bill of Rights and Responsibilities Arabic Version

نود أن نشجعك، كمريض لدى مستشفى جونز هوبكنز، على التحدث بصراحة مع فريق الرعاية الصحية المسؤول عنك والمساهمة في اختيارات العلاج المقدمة لك، وكذلك بتعزيز سلامتك الشخصية من خلال حسن اطلاعك ومشاركتك في الرعاية الخاصة بك. ولأننا نريد أن نعتبر نفسك شريكاً في رعايتك الصحية، فإننا نريد أن نعرف حقوقك بالإضافة إلى الواجبات المترتبة عليك خلال فترة إقامتك في المستشفى. ندعوك أنت وعائلتك للانضمام إلينا كأعضاء فاعلين ضمن فريق الرعاية الصحية الخاص بك.

حقوق

- في الحصول على رعاية لائقة تنسم بالاحترام والرحمة ضمن بيئة آمنة بغض النظر عن السن أو الجنس أو العرق أو الأصل القومي أو الهوية الجنسية أو الإعاقة.
 - في تلقي الرعاية في بيئة آمنة خالية من أشكال الإساءة أو الإهمال أو سوء المعاملة.
 - أن يتم مخاطبتك باسمك الصحيح وأن تكون في بيئة تحافظ على الكرامة وتضيف إلى إيجابية الصورة الذاتية.
 - في معرفة أسماء الأطباء والمرضى وجميع أعضاء فريق الرعاية الطبية المسؤولين عن توجيهه و/ أو تقديم الرعاية الصحية لك.
 - في إبلاغ فرد من العائلة أو أي شخص من اختيارك وطبيبك المعني وبشكل فوري إذا تم إدخالك المستشفى.
 - في تواجده شخص معك لتقديم الدعم المعنوي خلال فترة إقامتك في المستشفى إلا إذا أثار وجود الزائر الخاص بك على أي من حقوقك أو سلامتك أو صحتك أو تلك المعنية بالآخرين.
 - أن يتم إخبارك من قبل طبيبك عن تشخيص حالتك و التوقعات المرجوة وفوائد ومخاطر العلاج. لك الحق في منح موافقة كتابية قبل البدء بأي إجراء غير طارئ.
 - في تقييم الألم الخاص بك والمشاركة في القرار حول طرق معالجته.
 - أن تكون رعايتك خالية من أي شكل من أشكال القيود والعزلة إذا كانت غير مطلوبة طبياً.
 - وجود الحرص الكامل للحفاظ على سرية مناقشات وفحوصات وطرق العلاج الخاصة بك، يمكنك طلب وجود مرافق معك خلال أي نوع من الفحوصات.
- في الحصول على خدمات الحماية والدفاع عن حقوقك في حالات سوء المعاملة أو الإهمال. يقدم المستشفى قائمة بمقدمي هذه الخدمات.
 - ولأسرتك ولأصدقائك، بعد منح موافقتك، المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك وعلاجك والخدمات المقدمة بما في ذلك حق رفض العلاج إلى الحد الموجب به قانونياً، وإذا غادرت المستشفى خلافاً لرأي طبيبك، فإن المستشفى والأطباء غير مسؤولين عن النتائج الطبية المترتبة على هذا القرار.
 - في قبول أو رفض المشاركة في دراسات الأبحاث الطبية، وبإمكانك الانسحاب من الدراسة البحثية في أي وقت ولن يؤثر هذا على حصولك على مستوى الرعاية المعتمد.
 - في أن يتم التواصل معك بلغة يمكنك فهمها. توفر المستشفى لغة الإشارة و مترجمين للغات الأجنبية عند الحاجة وبدون مقابل. وستكون المعلومات المقدمة لك ملائمة لعمرك. ومناسبة لمدى استيعابك وبلغة مفهومة ومبسطة. إذا كان لديك أي اعتلال في البصر، الكلام، السمع و/ أو أية اعتلالات أخرى، ستحصل على وسائل مساعدة أخرى لضمان تلبية احتياجات الرعاية الخاصة بك.
 - بإعداد "توجيهات مسبقة" وبتعيين شخص لأخذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عنك إذا لم تكن قادراً على ذلك، نقدم لك المعلومات وخدمة تعبئة نموذج التوجيهات المسبقة إذا لم تكن قد أعدته مسبقاً.
 - في المشاركة بترتيب خروجك من المستشفى. ولك أن تتوقع إخبارك بذلك وضمان توفير الوقت المناسب لخروجك أو نقلك إلى قسم آخر أو نقلك لمستوى رعاية آخر. وقبل خروجك من المستشفى، سوف تحصل على معلومات متابعة الرعاية التي قد تحتاج لها.

واجباتك

- يتوقع منك توفير معلومات كاملة ودقيقة بما في ذلك اسمك الكامل، العنوان، رقم هاتف المنزل، تاريخ الميلاد، الرقم الوطني، شركة التأمين ومعلومات عن صاحب العمل عند طلب ذلك منك.
- يجب أن تقدم للمستشفى أو الطبيب نسخة من "نموذج التوجيهات المسبقة" الخاص بك إذا كنت قد أعدته.
- يتوقع منك توفير معلومات كاملة ودقيقة عن تاريخك الطبي والصحي بما في ذلك الوضع الصحي الحالي والأمراض السابقة والإقامة السابقة بالمستشفى والأدوية والفيتامينات والمنتجات العشبية وأية أمور أخرى ذات صلة بصحتك وبما في ذلك أيضا مخاطر السلامة المتوقعة.
- يتوقع منك طرح الأسئلة اذا لم تكن المعلومات أو التعليمات مفهومة بشكل وافي. ينبغي أن تخبر طبيبك إذا ما شعرت بعدم قدرتك على متابعة خطة العلاج. وتقع المسؤولية عليك كذلك إذا لم تتابع النظام العلاجي والرعاية والخدمات المقدمة لك.
- يتوقع منك المشاركة الفعّالة في خطة السيطرة على الألم الخاص بك والاستمرار بإعلام الأطباء والمرضى المسؤولين عنك عن مدى فاعلية نظام العلاج المتبع.
- الرجاء إبقاء المتعلّقات الثمينة في المنزل وإحضار الأشياء المهمة فقط خلال فترة إقامتك في المستشفى.
- يتوقع منك التعامل مع جميع الموظفين في المستشفى، والمرضى الآخرين والزوار بأسلوب لائق وباحترام. ويتوقع منك الالتزام بكافة قوانين المستشفى و تعليمات السلامة وأن تضع في الاعتبار مستوى الضجة والخصوصية وعدد الزوار.
- يتوقع منك توفير معلومات كاملة ودقيقة عن تغطية التأمين الصحي الخاص بك وأن تقوم بتسديد الالتزامات المالية المترتبة عليك في الوقت المناسب.
- أنت المسؤول عن المحافظة على المواعيد والالتزام بوقت المواعيد والاتصال بمقدم الرعاية الصحية اذا لم تستطع المحافظة على المواعيد.

• في الحصول على معلومات تفصيلية بخصوص تكاليف المستشفى ورسوم الأطباء.

• حفظ سرية جميع وسائل التواصل معك وملفات رعايتك إلا إذا كان التصريح بها وفق ما يسمح به القانون. لك حق رؤية و الحصول على نسخة من سجلاتك الطبية، بإمكانك زيادة المعلومات الموجودة على ملفك الطبي وذلك بالاتصال بقسم السجلات الطبية – Medical Records Department.

• في قبول أو رفض منح الموافقة على إعداد التسجيلات والصور الفوتوغرافية والأفلام أو أية صور أخرى يتم إنتاجها أو استخدامها لغايات داخلية أو خارجية أخرى عدا التعريف بك أو بتشخيص حالتك أو العلاج الذي تتلقاه. لك حق الانسحاب من قبول المشاركة ولغاية مهلة زمنية معقولة قبل أن يتم استعمالها.

• بحث أمر أخلاقي ذو علاقة برعايتك، يتواجد عضو تابع لخدمات الشؤون الأخلاقية في جميع الأوقات . يمكنك الاتصال به عن طريق جهاز الاتصال البيجر وذلك بطلب الرقم 410-283-6104. بعد سماع ثلاث رنات، أدخل رقم هاتفك متبوع بإشارة المربع (#). سيقوم عضو الشؤون الأخلاقية بالاتصال بك من بعدها.

• في الحصول على الخدمات الدينية. يتواجد القسيس لتقديم المساعدة الفورية أو للاتصال برجل الدين الخاص بك. يمكنك الاتصال بالقسيس على الرقم 410-955-5842 ما بين الساعة 8 صباحا – 5 مساء خلال أيام الدوام الرسمي. وللأوقات الأخرى، الرجاء الطلب من الممرض المسؤول عنك الاتصال بالقسيس المناوب.

• في التعبير عن أية مخاوف تتعلق بالرعاية التي تتلقاها. بإمكانك التحدث مع الطبيب أو الممرض المسؤول أو مدير القسم إذا كانت لديك مشكلة ما أو شكوى معينة، ويمكنك كذلك الاتصال بقسم علاقات المرضى على الرقم 410-955-2273 أو عن طريق البريد الإلكتروني: patientrelations@jhmi.edu.

وإذا لم يتم حل الإشكال على النحو الذي يرضيك، بإمكانك كذلك الاتصال ب:

وزارة الصحة البدنية والصحة العقلية التابعة لولاية ميريلاند
(Maryland Department of Health & Hygiene)
Office of Health Care Quality (مكتب جودة الرعاية الصحية)
قسم شكاوى المستشفيات)
Hospital Complaint Unit
Spring Grove Hospital Center
Bland Bryant Building
Catonsville, Maryland - 21228
هاتف: 410-402-8000

The Joint Commission (اللجنة المشتركة)
Office of Quality Monitoring (مكتب مراقبة الجودة)
One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, IL 60181
هاتف: 1-800-994-6610
البريد الإلكتروني: complaint@jointcomssion.org