

تمت المراجعة: 2019/02/18

النموذج Suburban

حقوق المرضى ومسؤولياتهم

لضمان سلامة المريض نشجعكم على التحدث بصراحة مع فريق الرعاية الصحية الخاص بكم، وعلى الاطلاع بجميع الأمور، والمشاركة في قرارات الرعاية وخيارات العلاج. كن عضواً فعالاً في فريق الرعاية الصحية الخاص بك من خلال الاطلاع على حقوق ومسؤوليات المرضى وممثلي المرضى الموضحة أدناه.

تتمثل الحقوق التي تتمتع بها شخصياً أو من ينوب عنك في الآتي:

رعاية تحظى بالاحترام والأمان

1. تلقي رعاية تتسم بالرفق والاحترام والرفقة.
2. اصطحاب أحد أفراد أسرتك أو صديقك وسيتم إبلاغ طبيبك عند دخولك المستشفى.
3. تلقي الرعاية في بيئة آمنة خالية من سوء المعاملة والإهمال (اللفظي أو العقلي أو البدني أو الجنسي).
4. إجراء الفحص الطبي بالأشعة وتقديم العلاج اللازم لاستقرار الحالات الطبية الطارئة وحالات الوضع.
5. التخلص من القيود والعزلة ما لم تكن لازمة من أجل تحقيق السلامة.
6. التعرف على اسم ووظيفة كل شخص يعتني بك.
7. معرفة متى يشارك الطلاب أو المقيمون أو غيرهم من المتدربين في رعايتك.
8. احترام ثقافتك ومبادئك الشخصية ومعتقداتك وورغباتك.
9. الحصول على الخدمات الروحية.
10. إجراء محادثات مع خدمة الأخلاقيات بشأن المواضيع التي تتعلق بالرعاية المقدمة لك.
11. المعاملة دون أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الجنس أو الميول الجنسية أو الهوية الجنسية أو التعبير أو الإعاقة البدنية أو العقلية أو الدين أو الانتماء العرقي أو اللغة أو القدرة المالية على الدفع.
12. الحصول على قائمة بخدمات الحماية والدفاع، عند الحاجة. تساعد هذه الخدمات بعض المرضى (مثل الأطفال والمسنين والمعاقين) على ممارسة حقوقهم وحمايتهم من سوء المعاملة والإهمال.
13. طلب تقدير رسوم المستشفى قبل تلقى الرعاية.

التواصل والمشاركة الفعالة في رعايتك

14. الحصول على المعلومات بالطريقة التي تستوعبها. يشمل ذلك لغة الإشارة والمترجمين الفوريين للغة الأجنبية ومساعدات الرؤية والكلام والسمع المقدمة مجاناً.
15. الحصول على معلومات من الطبيب الخاص بك أو مقدم الخدمة عن الآتي:
 - التشخيص الخاص بك
 - نتائج فحوصاتك
 - نتائج الرعاية
 - النتائج غير المتوقعة من الرعاية
16. المشاركة في وضع خطة الرعاية الخاصة بك وخطة الرسوم أو طلب تقدير خطة الرسوم في أي وقت.
17. إشراك عائلتك في القرارات المتعلقة بالرعاية.

18. طرح الأسئلة والحصول على الإجابة في الوقت المناسب عن أسئلتك أو طلباتك.
19. معالجة ألمك.
20. رفض الرعاية.
21. اصطحاب شخصاً يعينك عاطفياً، ما لم يتدخل هذا الشخص في حقوقك أو حقوق الآخرين أو في ما يتعلق بسلامتكم أو صحتكم.
22. طلب مرافقاً ليتواجد معك أثناء فترة الامتحانات أو الاختبارات أو الاجراءات.
23. اختيار الشخص الداعم لك والزائرين وتغيير رأيك حول الأشخاص المسموح لهم بزيارتك.
24. تحديد الشخص المعني باتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك إذا كنت في حالة لا تسمح لك بـ باتخاذ مثل هذه القرارات (ويطبق على ذلك الشخص جميع حقوق المريض).

قرارات نهاية الحياة

25. تحرير توجيه مسبق أو تغييره (المعروف أيضاً باسم وثيقة حق الحياة أو توكيل الرعاية الصحية الدائمة).
26. الإفصاح عن رغبتك في التبرع بالأعضاء والتكريم إن أمكن.

موافقة مستنيرة

27. إعطاء الإذن (موافقة مستنيرة) قبل تلقى أي إجراءات صحية غير عاجلة.
 - المخاطر والفوائد العلاجية
 - بدائل العلاج
 - مخاطر وفوائد تلك البدائل
28. الموافقة على الاشتراك في دراسة بحثية أو رفضها بدون الإضرار برعايتك.
29. الموافقة على السماح بالصور لأغراض أخرى غير رعايتك أو رفض ذلك.

الخصوصية والسرية

30. امتلاك الخصوصية والعلاج في سرية والاتصالات حول رعايتك.
31. الحصول على نسخة من إخطار ممارسات الخصوصية بموجب قانون حماية التأمين الصحي و.

الشكاوى والتظلمات

32. تقديم شكاوى واستعراضها دون التأثير على رعايتك. إذا كان لديك مشكلة أو شكوى، يمكنك التحدث إلى طبيبك أو مدير الممرضين أو مدير القسم.
33. يمكنك الاتصال بإدارة المخاطر أو مشرفي التمريض على 3018963100 الرقم الداخلي 2000.
34. إذا لم يتم حل مشكلتك على نحو يئال رضائك، يمكنك الاتصال بمجموعات خارجية لأخرى مثل:

- منظمة تحسين جودة المستشفى (كيو أي او) لقرارات التغطية أو الطعن في خروج مريض سابق لأوانه:

KEPRO

Organization for Beneficiary Family Centered Care (BFCC-QIO)

West Kennedy Blvd., Suite 900 5201

Tampa, FL 33069

8708-455-844-1

- وكالة محلية

Maryland Department of Health & Hygiene

Office of Health Care Quality, Hospital Complaint Unit

7120 Samuel Morse Drive, Second Floor Columbia,

MD 21046

الرقم المجاني 18774028218

- وكالة الاعتماد:

The Joint Commission Office of Quality and Patient Safety

.One Renaissance Blvd

Oakbrook Terrace, IL 60181

6610-994-800-1

patientsafetyreport@jointcommission.org

- إذا كانت لديك مخاوفك بشأن التمييز العنصري يمكنك تقديم شكوى خاصة بحقوق الإنسان لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية:
Office for Civil Rights
Independence Ave., SW 200
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1019-368-800-1
(TDD) 7697-537-800-1
OCRMail@hhs.gov
يمكنك الحصول على نماذج الشكوى من الرابط التالي:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

يتحمل المريض المسؤوليات التالية:

1. تقديم معلومات دقيقة وكاملة عن صحتك وعنوانك ورقم الهاتف وتاريخ الميلاد وشركة التأمين وصاحب العمل.
2. الاتصال في حالة عدم استطاعتك الالتزام بالموعد.
3. احترام طاقم المستشفى، بدءًا من الأطباء والمرضات والتقنيين حتى الأشخاص الذين يقدمون وجبات الطعام وعاملي النظافة.
4. مراعاة اللغة وسلوك الآخرين والممتلكات، بما في ذلك مراعاة مستويات الضوضاء والخصوصية وعدد الزوار.
5. التحكم في سلوكك في حالة الشعور بالغضب.
6. تقديم نسخة من توجيهك المسبق.
7. طرح الأسئلة في حالة عدم فهم شيء ما.
8. الإبلاغ عن وجود تغييرات غير متوقعة في صحتك.
9. إتباع قواعد المستشفى.
10. تحمل مسؤولية العواقب التي تنتج عن رفض الرعاية أو عدم إتباع التعليمات.
11. ترك الأشياء الثمينة في المنزل.
12. حفظ خصوصية جميع المعلومات الخاصة بموظفي المستشفى أو المرضى الآخرين.
13. عدم التقاط صورًا أو مقاطع فيديو أو تسجيلات دون الحصول على إذن من موظفي المستشفى.
14. سداد كشوفات الحساب أو العمل معنا لإيجاد تمويل لسداد الالتزامات المالية الخاصة بك.

