



SUBURBAN HOSPITAL

JOHNS HOPKINS MEDICINE

07/2019

Suburban Hospital.

Права и обязанности пациентов

В целях повышения безопасности пациентов мы рекомендуем Вам открыто говорить с медицинским персоналом, быть хорошо проинформированным и принимать участие в решениях по Вашему уходу и выбору методов лечения. Станьте активным участником Вашей команды здравоохранения, просмотрев права и обязанности для пациентов и их представителей, указанные далее.

Вы и Ваш представитель имеют право на:

Уважительное отношение и безопасное лечение

1. На получение внимательного ухода, оказанного с уважением и пониманием.
2. На уведомление членов Вашей семьи/друга и Вашего врача о Вашей госпитализации.
3. На лечение в безопасной обстановке, свободной от пренебрежения и насилия (словесного, психического, физического или сексуального).
4. На получение медицинского осмотра и стабилизирующего лечения при неотложном состоянии или родах.
5. На отказ от средств фиксации и изоляции до того, как они не потребуются в целях безопасности.
6. На получение информации об именах и обязанностях медицинского персонала.
7. На получение информации в случае, если студенты, резиденты или другие стажеры принимают участие в Вашем лечении.
8. На уважительное отношение к Вашей культуре, личностным ценностям, вере и желаниям.
9. На доступ к религиозным услугам.
10. На получение консультаций Отдела этических услуг по поводу вопросов, касающихся Вашего лечения.
11. На обслуживание без дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или выражения, физической или умственной неполноценности, религии, этнической принадлежности, языка или способности платить.
12. На получение списка защитных и адвокатских услуг в случае необходимости. Эти услуги помогают некоторым пациентам (например, детям, престарелым, инвалидам) осуществлять свои права и защищают их от злоупотреблений и пренебрежения.
13. На получение информации о стоимости больничных услуг и услуг врачей.
14. На возможность запросить приблизительную стоимость больничных услуг до их оказания.

Эффективная коммуникация и участие в Вашем лечении

15. На получение информации в понятном для вас виде во время посещения. Это включает в себя помощь в общении, предоставляемую бесплатно, такую как использование переводчиков языка жестов и иностранных языков, а также использование средств облегчения коммуникации, помогающих со зрением, речью и слухом.
16. На получение информации от Вашего врача о:
 - Вашем диагнозе
 - результатах Ваших тестов
 - возможных и непредвиденных результатах лечения
17. На участие в разработке плана вашего лечения и плана выписки или на запрос оценки плана выписки в любое время.
18. На привлечение Вашей семьи к принятию решений о лечении.
19. На вопросы и получение своевременных ответов на Ваши вопросы и заявки.
20. На облегчение боли.
21. На отказ от лечения.
22. На присутствие сопровождающего для эмоциональной поддержки, при условии что это не ущемляет Ваши или чьи-либо права, безопасность или здоровье.
23. На присутствие сопровождающего во время обследования, тестов или процедур.
24. На выбор сопровождающего и посетителей, а также внесение изменений в список лиц, имеющих право на посещение.
25. На выбор человека, который сможет принимать решения по Вашему лечению за Вас, в случае, если Вы окажетесь неспособны к принятию таких решений (при этом все права пациента должны распространяться на такого представителя).

Решения в конце жизни

26. На создание или внесение изменений в документ «Заблаговременные указания» (также известный как «завещание о жизни» или долгосрочное назначение лица, уполномоченного в вопросах лечения).
27. На выражение Ваших пожеланий по поводу пожертвования органов и соблюдение этих пожеланий по возможности.

Информированное согласие

28. На предоставление разрешения (информированное согласие) до проведения какого-либо не срочного лечения, что включает в себя информацию о:
 - рисках и пользе Вашего лечения
 - альтернативах этого лечения
 - рисках и пользе этих альтернатив
29. На согласие или отказ от участия в научном исследовании без ущерба для Вашего лечения.
30. На согласие или отказ от фотосъемки, проводимой не в целях Вашего лечения.

Защита сведений и конфиденциальность

31. На защиту сведений и конфиденциальность Вашего лечения.
32. На получение копии закона "О перемещаемости и подотчетности страхования здоровья" (HIPAA) с уведомлением о порядке использования конфиденциальной информации, который включает в себя то, как Вы можете получить доступ к Вашей медицинской информации.

Жалобы и Претензии

33. На подачу жалоб и их рассмотрение без ущерба для Вашего лечения. Если у Вас есть проблема или жалоба, вы можете обратиться к Вашему врачу, старшей медсестре или менеджеру отдела.
34. Вы можете обратиться в Отдел Менеджмента Риска или к Управляющему Медсестренским персоналом по номеру 301-896-3100, дополнительно набрать 2000.
35. Если Вы не удовлетворены решением Вашей проблемы, то Вы можете обратиться в следующие организации:

- **Организация по повышению качества обслуживания в больничных учреждениях (QIO) – по вопросам покрытия или обжалования преждевременной выписки:**

KEPRO

Organization for Beneficiary Family Centered Care (BFCC-QIO)

5201 West Kennedy Blvd., Suite 900

Tampa, FL 33069

1-844-455-8708

- **Органы штата:**

Maryland Department of Health & Hygiene

Office of Health Care Quality, Hospital Complaint Unit (Управление качества здравоохранения, Отдел жалоб)

7120 Samuel Morse Drive

Second floor (Второй этаж)

Columbia, Maryland 21046

Бесплатная линия: 1-877-402-8218

- **Аккредитационное агентство:**

The Joint Commission Office of Quality and Patient Safety

One Renaissance Blvd.

Oakbrook Terrace, IL 60181

Факс: 630-792-5635

По ссылке «Report a Patient Safety Event» в разделе «Action Center» на главной странице веб-сайта:

www.jointcommission.org

patientsafetyreport@jointcommission.org

- **Для решения проблем дискриминации Вы также можете подать жалобу о гражданских правах в Министерство здравоохранения и социальных служб США**

Office for Civil Rights

200 Independence Ave., SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-368-1019

1-800-537-7697 (TDD)

OCRMail@hhs.gov

Формы жалоб доступны по ссылке:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Вы несете ответственность за:

1. Предоставление точной и полной информации о Вашем здоровье, адресе, номере телефона, дате рождения, страховой компании и работодателе.
2. Сообщить по телефону в случае, если Вы не можете прийти на прием.

3. Проявлять уважение при общении с больничным персоналом, начиная с врачей, медсестер и других специалистов и заканчивая обслуживающим персоналом, доставляющим Вам еду или убирающим помещение.
4. Быть внимательным к выбору слов и с отношением к окружающим и их собственности, в том числе учитывать уровень шума, сохранение конфиденциальности и количество посетителей.
5. Контролировать свое поведение если вы рассержены.
6. Предоставить копию Вашего документа «Заблаговременные указания».
7. Задавать вопросы в случае, если Вам что-либо непонятно.
8. Сообщать о неожиданных изменениях в Вашем здоровье.
9. Соблюдать правила больничного учреждения.
10. Брать на себя ответственность за последствия отказа от лечения или следования инструкциям.
11. Оставить все ценные предметы дома.
12. Соблюдать конфиденциальность по поводу информации о медицинском персонале или других пациентах.
13. Не вести фото-, видеосъемку или аудиозапись без разрешения больничного персонала.
14. Оплачивать счета или сотрудничать с нами в поисках финансирования для выполнения Ваших финансовых обязательств.



SUBURBAN HOSPITAL
JOHNS HOPKINS MEDICINE