



የታካሚ መብትና ግዴታ መመሪያ:

የሚከተሉት የመብትና ግዴታ ዝርዝር ለሁሉም አካላት ላይሆን ይችላል፤ ነገር ግን ያለንን ጭንቀት ለማመልከትና እነዚህን መብትና ግዴታ የመተግበር አስፈላጊነት ላይ ትኩረት ያደረገ ነው።

እንደ ታካሚ፣ የእርስዎ መብት...

- ደህንነቱ በተጠበቀ አካባቢ፣ ከማንኛውም ጥቃት ወይ አድልዎ ነፃ የሆነ ግምት ውስጥ ያስገባና ክብር የተሞላበት እንክብካቤ ማግኘት።
- የእንክብካቤ እቅድን በማውጣትና በመፈጸም ላይ እንዲሳተፉና በህክምና እንክብካቤ ውኔዎ ላይ በንቃት ይሳተፋሉ። በህግ እስከተፈቀደው ድረስ ህክምና መጠየቅ ወይ መቃወም ያካትታል።
- በጥያቄ መሰረት፣ የቤተሰብ አባል፣ የተመረጠ ተወካይ ወይ የራስዎ ሃኪም ወደ ተቋሙ መግባቱን ማሳወቅ።
- እርስዎ ወይ ሕጋዊ ወኪሎ ፍቃደኛ፣ ትክክለኛ ፍቃድ ካልሰጡ በስተቀር ማንኛውም ሂደት አይካሄድም።
- ስለ በሽታዎ፣ ህክምናዎና እንዲሁም ውጤት ማወቅና (የሚጠበቁ ውጤቶችንም ጨምሮ) መረጃውን ከሃኪም ጋር መነጋገር። ይህን መረጃ በእርስዎ ምትክ ሌላ ሰው እንዲቀበል ማድረግ መብት አለዎት።
- ስለ ህክምናዎ በተመለከተ ያለውን መሻሻል ለመወያየት ተወካይ ማምጣት። በድንገተኛ አደጋ ጊዜ ውሳኔ የመወሰን አቅም ሳይኖር ሲቀርና ህክምና በአፋጣኝ ካስፈለገ በእርሶ ፋንታ መረጃ ለሌላ ሰው ማቅረብ። በሁኔታዎ ላይ ማንኛውም ዓይነት ለውጥ ካለ ተወካዩን እናሳውቃለን ለምሳሌ ወደ ከፍተኛ የእንክብካቤ ደረጃ ማሳደግ ወይ እንደአስፈላጊነቱ የድንገተኛ ሂደት ማካሄድ።
- ቅድመ የህክምና ትእዛዝ ማውጣት (እንደ የጤና እንክብካቤ ተወካይ፣ የሰውነት ክፍል መለገስ ወይ ኑዛዜ) እንዲሁም Inova የቅድመ ህክምና መመሪያዎን በህግ መሰረትና በተቋሙ ፖሊሲ መሰረት ያከብራል።
- የህክምና መረጃ እንዲለቀቅ ፈቃድ ካልሰጡ በስተቀር ወይ ሪፖርት ተዘይተፈቅዱ ወይ ብሕረ እድላይ ተዘይተይኑ ሚስጥራዊነት ይሕሉ።
- የሃኪም ምክር በመጣስ ተቋሙን ለቆ መውጣት።
- ህክምናዎን ያቀናጀውን፣ ህክምና ወይ አገልግሎት የሰጡትን ሃኪም፣ ክሊኒካል ሳይኮሎጂ፣ ወይ ሌላ ባለሙያ ስም ማወቅ።
- ተኝቶ መታከም አስፈላጊ ካልሆነ ስለ አማራጭ መናገር አስፈላጊ አይደለም።
- ከተቋሙ ሲለቀቁ ወይ በሚመጡበት ጊዜ ስላለው የጤና እንክብካቤ ሃኪም ያሳውቁታል።
- በነፃ የአስተርጓሚ አገልግሎት ማግኘት።
- የህክምና መረጃ ሚስጥራዊነት። እርስዎንና መብትና ግዴታዎን በተመለከተ የህክምና መረጃዎ ጥቅም ላይ ማዋልና ማካፈል በሚስጥራዊነት አፈፃፀም ማስታወቅያ ነው።
- ከፊለጎ Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Mayland Drive, Suite 401, Richmond, VA 23233 ማግኘት ወይ ወደ 800-955-1819 መደወል ይችላሉ። በተጨማሪ Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Blvd., Oakbrook Terrace, IL 60181 ማግኘት ይችላሉ ወይ «አክሽን ሴንተር» በሆም ፔጅ ድረ ገፅ www.jointcommission.org መጠቀም ይችላሉ።

Inova በማንኛውም አገልግሎት ማቅረብ ላይ እንዳላሳካ ወይ በዘር፣ ቀለም፣ ሃገር፣ ዕድሜ፣ አካል ጉዳት ወይ ያታ መሰረት አድልዎ ከደረሰበት ወይ 703-205-2175 በመደወል ጥያቄ ማቅረብ ይችላሉ። በአካል ወይ በኢሜል፣ ፋክስ ወይ ኢሜል አማካኝነት ጥያቄ ማቅረብ ይችላሉ። ጥያቄ ለማስገባት ድጋፍ ከፊለጎ የታካሚዎች ግንኙነት ሰራተኞች ወይ ማናጀር እርስዎን ለማገዝ ዝግጁ ናቸው።

እንደ ታካሚ፣ ያሉት ሀላፊነቶች:

- ስለ ጤናዎ የቀድሞ ህመም፣ ሆስፒታል ቆይታ፣ መድሀኒት የሚጠቀሙ ከሆነና ሌሎች ህክምና ጋር የተያያዙ ነገሮች ካሉ ትክክለኛና ሙሉ መረጃ ማቅረብ።
- ስለ እንክብካቤዎ የተነገሩት ነገር ወይ ማድረግ ስላለበት ነገር ካልገባዎት ጥያቄ ይጠይቁ።
- ከእንክብካቤ፣ አገልግሎት ወይ ሕክምና እቅድ ይወጣል።
- ታካሚዎች ከ Inova ፈቃድ ሳያገኙ በ Inova የሚደረገውን አሰራር ሂደትና ማንኛውም ሰው ፎቶ፣ ቪዲዮ ወይ ፊልም ማድረግ እንደማይቻል መረዳት። ይህም እርስዎን ለመጠየቅ የሚመጡትን ሰዎችንም ይመለከታል።
- በተቋሙ ውስጥ የሚወሰዱት መድሃኒት በሃኪም የታዘዘና በተቋሙ ውስጥ ባለው ፋርማሲ የሚቀርብና በነርስ ወይ ሃኪም የሚሰጡት እንደሆነ ማወቅ።
 - ታካሚዎች በተቋሙ ፕሮቶኮል ካልተፈቀደ በስተቀር የራሳቸውን መድሃኒት መውሰድ አይችሉም።
 - ታካሚዎች መድሃኒት አጠገባቸው ማስቀመጥ አይችሉም።

<p style="text-align: center; font-size: small;">PATIENT IDENTIFICATION</p> <p>If label is not available, please complete:</p> <p>Patient Name: _____</p> <p>Date of Birth: _____ Medical Record #: _____</p> <p>Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female</p>	<p style="font-weight: bold; font-size: large;">Inova</p> <p style="font-weight: bold; font-size: large;">የታካሚዎች መብትና ግዴታ</p> <p style="font-weight: bold; font-size: small;">Patient Rights and Responsibilities</p> <p><input type="checkbox"/> IAH <input type="checkbox"/> IFH <input type="checkbox"/> IFOH <input type="checkbox"/> ILH <input type="checkbox"/> IMVH</p> <p><input type="checkbox"/> IMG: _____ <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: large;">AMHARIC</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em;">+</p> <p style="font-size: x-small;">Page 1 of 2 CAT # 20792DT AM / R092719 • PKGS OF 100</p>
--	---

እንደ ታካሚ፣ ያሉት ሀላፊነቶች፡ (የቀጠለ)

- ውጤቱን ቢገነዘቡም የህክምና እቅድ መከተል እንደማይችሉ አምነው እቅዱን የማይከተሉ ከሆነ ሀኪምን ይገነዩ።
- ለሆስፒታሉ ትክክለኛና አድራሻና ሂሳብ መረጃ ማቅረብ።
- ስለ ጤና ኢንሹራንስ ሽፋን፣ እሚቀነስ፣ የጋራ ክፍያና ኔትዎርክ ሽፋን ዝርዝር ማወቅ።
- ሰራተኞችን ማክበር። ይህም እርስዎን ለመጠየቅ የሚመጡትን ሰዎችንም ይመለከታል።
- ሌሎች ታካሚዎችንና የተቋሙን ንብረት ማክበርና ህግና ደምብ ማክበር። ይህም እርስዎን ለመጠየቅ የሚመጡትን ሰዎችንም ይመለከታል።
- ሆስፒታሉ ለማንኛውም ንብረት ሀላፊነት እንደማይወስጥ ማወቅ።

ተዛማጅ በሽታ ምርመራ ፈቃድ ማስታወቅያ፡

በርድንያ ኮድ ክፍል 32.1-45.1 መሰረት የታካሚው ፈሳሽ ኢመዩኖዲጊንስ ቫይረስ (HIV) ወይ ሂፐታይትስ B ወይ C ሊኖረውና ለጤና እንክብካቤ አቅራቢው ወይ ሌላ ታካሚ ተጋላጭ ከሆነ፣ ይህ ሌላኛው ሰው ለምርመራ ፈቃድ እንደሆነ ተደርጎ ስለሚታሰብ የግድ ፈቃድ ማግኘት የለበትም።

የህክምና ፈቃድ፡

- የህክምና ባለሙያዎችና ለእኔ እንክብካቤ የተመደቡ ክልኒካል ሰራተኞችና ቴክኒካል ሰራተኞች ህፃን ልጄን ወይ ከታች ስግታው የተጠቀሱትን ታካሚ እንዲያክሙ ፈቃድ ሰጥቻለሁ።
- ህክምና አቅራቢ የላብራቶሪ ወይ ራድዮሎጂ ምርመራ የመሳሰሉ የአለርጂ አገልግሎት ማቅረብ ወይ ለደህንነቴና እንክብካቤ አስፈላጊ የሆነ ማንኛውም ተጨማሪ አገልግሎት እንዲቀርብ ፈቃድ እሰጣለሁ። የላብራቶሪ ምርመራ የ HIV ምርመራ ያካትታል የ HIV ምርመራ አለማድረግ እንደምችል አረዳለሁ።
- Inova ኤሌትሮኒክ ሜዲካል ሪከርድ እንደሚጠቀም አረዳለሁ።
- ከማንኛውም ፋርማሲ ወይ መድሃኒት ቁጥጥር ኤጀንሲ ውስጥ የሚገኘው የመድሃኒት ታሪኬ ለ Inova እንዲለቀቅ ፈቅጃለሁ።
- ከታች ስፈርም ከላይ በተቀመጡትን የታካሚዎች መብትና ግዴታ እንደምስማማና ለህክምና ፈቃድ መሆኔ እውቅና አሰጣለሁ።

_____	_____	_____	_____
ታካሚ/ተከባካቢ/ወዘተ (ፊርማ)	ታካሚ/ተከባካቢ/ወዘተ (የታተመ ስም)	ቀን	ሰዓት
(Patient/Guardian/etc. (signature))	(Patient/Guardian/etc. (print name))	(Date)	(Time)

ከአመጣጥኛው ጋር ያለ ዝምድና (በታካሚው ካልተፈረመ)
(Relationship to Patient (if not signed by patient))

_____	_____	_____	_____
ምስክር (ፊርማ)	ምስክር (የታተመ ስም)	ቀን	ሰዓት
(Witness (signature))	(Witness (print name))	(Date)	(Time)

የተርጓሚ መረጃ (ከተቻለ በ Inova ሰራተኛ የሚጠናቀቅ)፡ **አስተርጓሚ አያስፈልግም**
Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable): **No Interpreter Required**

In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____

Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record #: _____

Gender: Male Female

Inova
የታካሚዎች መብትና ግዴታ
Patient Rights and Responsibilities