



**حقوق و مسئولیت های بیماران:**

این فهرست حقوق و مسئولیت ها اگر چه شاید جامع و کامل نباشد، اما تدوین آن برخاسته و نشأت گرفته از دغدغه ای است که برای شما داریم و امید است با مدون کردن آن، لزوم رعایت این حقوق و مسئولیت ها بیش از پیش مورد تاکید قرار گیرد.

**شما به عنوان بیمار از حقوق زیر برخوردارید...**

- مراقبت محترمانه و با ملاحظه در محیطی ایمن و عاری از هرگونه بدرفتاری، آزار یا تبعیض.
  - مشارکت در تدوین و به کارگیری برنامه مراقبتی خود و مشارکت فعال در تصمیمات مربوط به مراقبت پزشکی خود. این مورد، تا جایی که منع قانونی وجود نداشته باشد، شامل حق درخواست و/یا رد درمان نیز می شود.
  - در صورت درخواست شما، بستری شدنن در مرکز به یکی از اعضای خانواده، نماینده انتخابی و/یا پزشک شما به طور مقتضی اطلاع رسانی شود.
  - هیچ گونه رویه یا عمل پزشکی بدون کسب رضایت داوطلبانه، آگاهانه و دارای صلاحیت از شما یا نماینده قانونی مجازتان، روی شما انجام نشود.
  - دریافت اطلاع رسانی درخور درباره بیماری خود، درمان های ممکن و پیامدهای احتمالی مراقبت (شامل پیامدهای غیرمنتظره) و درمیان گذاشتن این اطلاعات با دکترتان. حق دارید فردی را تعیین کنید که این اطلاعات را به نیابت از شما دریافت کند.
  - حضور یک نماینده برگزیده برای هرگونه بروزرسانی ارائه شده درخصوص روال عادی مراقبت شما. در موقعیت های اضطراری که نیاز به درمان ضروری است اما خودتان قوه تصمیم گیری ندارید، اطلاعات در اختیار فرد دیگری به نیابت شما قرار می گیرد. هرگونه تغییر مهم در وضعیت شما، همچون انتقال به سطوح مراقبتی بالاتر یا نیاز به انجام رویه های اورژانسی پیش بینی نشده به محض اینکه مراقبت های بالینی مجال دهد، به نماینده برگزیده شما اطلاع رسانی خواهد شد.
  - داشتن زیست خواست (مانند وکیل درمانی، اهدای عضو) و انتظار از Inova برای عمل به زیست خواست تا جایی که قانون و سیاست مجموعه اجازه دهد.
  - محرمانگی پرونده درمانی شما، مگر اینکه خودتان اجازه افشای اطلاعات را داده باشید یا اگر اجازه یا الزام قانونی برای گزارش اطلاعات وجود داشته باشد.
  - ترک کردن مجموعه، حتی اگر برخلاف توصیه پزشک خودتان باشد.
  - دانستن اسامی دکترها، روانشناسان بالینی، یا سایر پزشکانی که مسئولیت اصلی سازماندهی مراقبت، درمان یا خدمات شما را به عهده دارند.
  - اطلاع یافتن از گزینه های جایگزین زمانی که ادامه مراقبت در مجموعه توجیهی ندارد.
  - دریافت اطلاع رسانی از طرف پزشک خود درخصوص ملزومات مراقبتی مداوم پس از مراجعه به مجموعه یا ترخیص از آن.
  - دسترسی به خدمات مترجم شفاهی به صورت رایگان.
  - حفظ محرمانگی اطلاعات پزشکی شما. افشای اطلاعات شما، حقوق شما و تعهدات ما در قبال استفاده و افشای اطلاعات پزشکی شما، مطابق با اطلاعیه رویکرد حریم شخصی ما صورت می گیرد.
  - همچنین در صورت تمایل می توانید با Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Mayland Drive, Suite 401, Richmond, VA 23233 تماس بگیرید. بعلاوه می توانید با Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Blvd., Oakbrook Terrace, IL 60181 در صفحه اصلی وبسایت [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org) اقدام کنید.
- اگر بر این باورید که Inova در ارائه این خدمات ناموفق عمل کرده یا به طریقی دیگر بر مبنای نژاد، رنگ پوست، اصلیت، سن، معلولیت، یا جنسیت تبعیض گذاشته است، از طریق شماره تلفن 703-205-2175 شکایت خود را ثبت کنید. می توانید شکایات خود را به صورت حضوری یا از طریق پست، فکس یا ایمیل نیز تنظیم کنید. اگر برای تنظیم شکایت نیاز به کمک دارید، مدیر یا سایر کارکنان امور بیماران پذیرای شما خواهند بود.

**مسئولیت های شما به عنوان بیمار از این قرار است:**

- ارائه اطلاعات کامل و صحیح درباره سلامت خود، شامل بیماری های قبلی، بستری ها در مجموعه، مصرف داروها یا سایر مسائل مرتبط با سلامت تان.
- سوال پرسیدن زمانی که اطلاعات یا دستورالعمل های ارائه شده در خصوص مراقبت خود را متوجه نمی شوید.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record # \_\_\_\_\_  
 Gender:  Male  Female

Inova

**حقوق و مسئولیت های بیماران**

Patient Rights and Responsibilities

IAH  IFH  IFOH  ILH  IMVH  
 IMG: \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_

FARSI



**مسئولیت های شما به عنوان بیمار از این قرار است: (ادامه)**

- عمل به برنامه مراقبتی، خدماتی یا درمانی که برای شما تنظیم شده است.
- فهم و پذیرش این که بیماران بدون اجازه قبلی از Inova، اجازه عکاسی، ضبط ویدیو، ضبط صدا یا فیلمبرداری هیچ فرد یا روندی را در املاک Inova ندارند. این مساله در خصوص عیادت کنندگان شما نیز صدق می کند.
- تصدیق این که تمامی داروهایی که در مدت حضورتان در مجموعه مصرف خواهید کرد توسط دکترتان تجویز خواهد شد، از داروخانه مجموعه تهیه و توسط یک پرستار یا متخصص درمان تزریق یا خوراندن خواهد شد.
  - بیماران اجازه مصرف داروهای خودشان را ندارند، مگر اینکه پروتکل مجموعه اجازه آن را بدهد.
  - بیماران نباید داروها را کنار تخت خود نگهداری کنند.
- اطلاع دادن به دکترتان در صورتی که فکر می کنید نمی توانید از برنامه درمانی خود پیروی کنید، و درک نتایج احتمالی در صورت تصمیم به عدم پیروی از برنامه درمانی پیشنهادی.
- ارائه اطلاعات صحیح تماس و صدور صورتحساب به بیمارستان.
- داشتن اطلاع دقیق از پوشش بیمه سلامت خود شامل کاستی ها، پرداخت های مشترک و شبکه پوشش.
- برخورد محترمانه با کارکنان. این مساله در خصوص عیادت کنندگان شما نیز صدق می کند.
- ملاحظه سایر بیماران و اموال مجموعه و پیروی از قوانین و مقررات مجموعه. این مساله در خصوص عیادت کنندگان شما نیز صدق می کند.
- فهم و پذیرش این که مجموعه در قبال هیچ گونه اموال شخصی مسئولیتی نمی پذیرد.

**اِپلاغیه رضایت مفروض برای آزمایش بیماری های واگیردار:**

بخش 32.1-45.1 قانون ایالت ویرجینیا عنوان می کند که در مواقعی که بیمار یا فرد ارائه دهنده مراقبت به بیمار در معرض مستقیم مایعات بدن یکدیگر قرار بگیرند به طوری که امکان انتقال ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) یا ویروس هپاتیت B یا C وجود داشته باشد، فرض بر این خواهد بود که فردی که مایعات از بدن او منتشر شده است رضایت انجام آزمایش این ویروس ها و انتشار نتایج آزمایش را به فرد گرفته در معرض مایعات صادر کرده است و نیازی به اخذ رضایت وی نخواهد بود.

**رضایت به درمان:**

- بدین وسیله با درمان پزشکی توسط دکتر، کارکنان کلینیکی و فنی مامور مراقبت من، مراقبت کودک خردسال من یا مراقبت بیماری که در زیر نام برده شده است، رضایت خود را اعلام می کنم.
- به مسئولان درمان خود اجازه می دهم هرگونه خدمات جانبی نظیر تست های آزمایشگاهی یا رادیولوژی یا سایر خدمات یا درمان هایی را که برای مراقبت و ایمنی من ضروری است، تجویز کنند. تست های آزمایشگاهی ممکن است شامل آزمایش HIV نیز باشد و واقف هستم که حق رد کردن آزمایش HIV را دارم.
- واقف هستم که Inova از یک سیستم الکترونیکی سابقه پزشکی استفاده می کند.
- اجازه افشای پیشینه نسخه دارویی خود را از داروخانه ها یا سازمان های نظارت دارو به پزشک Inova مسئول من صادر می کنم.
- با امضای زیر، حقوق و مسئولیت های بیماران را که در بالا شرح داده شده، تصدیق کرده و می پذیرم و به درمان رضایت می دهم.

زمان (Time)	تاریخ (Date)	بیمار/سرپرست/غیره (نام به صورت خوانا) (Patient/Guardian/etc. (print name))	بیمار/سرپرست/غیره (امضا) (Patient/Guardian/etc. (signature))
----------------	-----------------	---	---

رابطه با بیمار: (در صورت امضای سایرین به جای بیمار)  
(Relationship to Patient (if not signed by patient))

زمان (Time)	تاریخ (Date)	شاهد (نام به صورت خوانا) (Witness (print name))	شاهد (امضا) (Witness (signature))
----------------	-----------------	--	--------------------------------------

اطلاعات مترجم (در صورت وجود توسط کارکنان Inova تکمیل گردد):  عدم نیاز به مترجم شفاهی

**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**

**حقوق و مسئولیت های بیماران**

**Patient Rights and Responsibilities**

**FARSI**

