

## حقوق ومسؤوليات المرضى:

لا يُفترض لقائمة الحقوق والمسؤوليات التالية أن تكون شاملة، ولكنها تهدف إلى إظهار اهتمامنا بك والتأكيد على الحاجة إلى مراعاة هذه الحقوق والمسؤوليات.

### يحق لك ما يلي باعتبارك مريضاً...

- تلقي رعاية منصفة ومحترمة في بيئة آمنة خالية من كافة أشكال سوء المعاملة أو المضايقة أو التمييز.
- المشاركة في وضع وتنفيذ خطة رعايتك والمشاركة بشكل فعال في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الطبية. وإلى الحد الذي يسمح به القانون، فإن هذا يشمل الحق في طلب و/ أو رفض العلاج.
- إخطار أحد أفراد أسرتك أو ممثلك المختار أو طبيبك الخاص فوراً بقبولك في المرفق، بناءً على طلبك.
- عدم الخضوع لأي عملية جراحية إلا إذا أعطيت أنت أو ممثلك المفوض قانوناً موافقة طوعية ومختصة ومتفهمة.
- البقاء دوماً على اطلاع بمرضك والعلاجات المحتملة والنتائج الممكنة للرعاية (بما في ذلك النتائج غير المتوقعة) ومناقشة هذه المعلومات مع الطبيب. ويحق تعيين شخص لتلقي هذه المعلومات بالنيابة عنك.
- وجود ممثل معين لتلقي أية تحديثات يتم تقديمها فيما يتعلق بمسار رعايتك الروتيني. وفي حالات الطوارئ، وعندما تفتقر إلى القدرة على اتخاذ القرارات وتكون الحاجة ماسة للعلاج، يتم توفير المعلومات لشخص آخر نيابة عنك. وسنبلغ ممثلك المعين بأية تغييرات مهمة في حالتك، كنفاك إلى مستوى مكثف من الرعاية أو الحاجة إلى عمليات جراحية طارئة غير مخطط لها بمجرد أن تسمح الرعاية السريرية بذلك.
- تقديم توجيه مسبق (مثل تفضيل الرعاية الصحية أو التبرع بالأعضاء أو إرادة الحياة) وتوقع احترام نية التوجيه من قبل Inova إلى الحد الذي يسمح به القانون وسياسة المرفق.
- إبقاء سجلات علاجك سرية، ما لم تكن قد أعطيت إذنًا بإصدار المعلومات أو كان الإبلاغ مسموحاً به أو مطلوباً بموجب القانون.
- ترك المرفق بالمخالفة لنصيحة طبيبك.
- معرفة اسم الطبيب أو الطبيب النفسي السريري أو غيره من الممارسين الطبيين الذين يتحملون المسؤولية الأساسية عن تنسيق رعايتك أو علاجك أو خدماتك.
- إخبارك بالبدائل عندما لا تكون رعاية المرفق مناسبة.
- إخبارك بمتطلبات رعايتك الصحية المستمرة من قبل طبيبك بعد زيارتك للمرفق أو الخروج منه.
- الحصول على خدمات الترجمة الفورية مجاناً.
- الحفاظ على خصوصية معلوماتك الطبية. والإفصاح عن معلوماتك وعن حقوقك وعن التزاماتنا فيما يتعلق باستخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها يتم وفقاً لإشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا.
- اصطحاب رفيق مخصص لمساعدتك إذا أثبتت التشخيصات أنك مصاب بإعاقة وتحتاج إلى دعم ومساعدة مستمرين لتلك الإعاقة.
- الاتصال في حال الرغبة بـ Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Mayland Drive, Suite 401, Richmond, VA 23233 أو الاتصال على 800-955-1819. وبالإضافة إلى ذلك، يمكنك الاتصال بـ Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Blvd., Oakbrook Terrace, IL 60181 أو الدخول على [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org) باستخدام "مركز العمل" على الصفحة الرئيسية لموقع الويب.
- تقديم شكوى عن طريق الاتصال برقم 703-205-2175 في حال الاعتقاد أن Inova فشلت في تقديم هذه الخدمات أو وقعت في التمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. ويمكنك تقديم الشكوى شخصياً أو عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. وفي حال الحاجة إلى المساعدة في تقديم شكوى، يمكنك الاستعانة بموظف قسم علاقات المرضى أو المدير.

### تقع على عاتقك مسؤولية ما يلي باعتبارك مريضاً:

- تقديم معلومات كاملة ودقيقة عن حالتك الصحية، متضمنةً الأمراض السابقة والإقامات في المرفق واستخدام الأدوية وغيرها من المسائل المتعلقة بحالتك الصحية.
- طرح بعض الأسئلة في حال عدم فهم ما قيل لك حول رعايتك أو ما يُتوقع منك القيام به.

#### PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

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

#### Inova

### حقوق المريض ومسؤولياته

#### Patient Rights and Responsibilities

IAH  IFH  IFOH  ILH  IMVH  
 Outpatient Location: \_\_\_\_\_

## تقع على عاتقك مسؤولية ما يلي باعتبارك مريضاً: (تابع)

- متابعة خطة الرعاية أو الخدمة أو العلاج الموضوعة لك.
- إدراك أنه لا يجوز للمرضى التقاط صور لأي شخص أو التسجيل له على شريط فيديو أو تسجيل صوته أو تصويره أو ممارسة أي نشاط في ممتلكات Inova دون إذن مسبق من Inova. وهذا ينطبق على زوارك كذلك.
- إدراك أن كافة الأدوية التي سنتناولها أثناء تواجدك في المرفق سيتم وصفها من قبل طبيبك وسيتم صرفها من قبل صيدلية المرفق وسيتم إعطاؤها من خلال ممرضة أو معالج.
- لا يجوز للمرضى تناول الأدوية، ما لم يُسمح لهم بذلك من خلال أحد بروتوكولات المرفق.
- لا يجوز للمرضى الاحتفاظ بالأدوية على سرائرهم.
- إخبار طبيبك إذا كنت تعتقد أنك لا تستطيع متابعة خطة العلاج وفهم النتائج المحتملة إذا قررت عدم اتباع خطة العلاج الموصي بها.
- تزويد المرفق بمعلومات اتصال دقيقة ومعلومات عن الفوترة.
- الإلمام بشكل مفصل بالتغطية التأمينية، بما في ذلك المدفوعات المشتركة القابلة للخصم وتغطية الشبكة.
- إظهار الاحترام للموظفين. وهذا ينطبق على زوارك كذلك.
- احترام المرضى الآخرين وممتلكات المرفق واتباع قواعده ولوائحه. وهذا ينطبق على زوارك كذلك.
- إدراك أن المرفق لا يمكنه تحمل مسؤولية أي ممتلكات شخصية.

## إشعار الموافقة المعبرة المعني باختبار الأمراض المعدية:

ينص البند 32.1-45.1 من قانون فرجينيا على أنه عندما يتعرض شخص يقدم رعاية صحية أو مريض مباشرة إلى وسائل جسدية من الطرف الآخر بطريقة قد تنقل فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو التهاب الكبد الوبائي B أو C، فإن هذا الطرف الآخر يُعتبر موافقاً على اختبار الإصابة بهذه الفيروسات وإعلان نتائج الاختبار للشخص المعرض للسوائل؛ ولا يلزم ذلك الحصول على موافقة فعلية.

## الموافقة على العلاج:

- أسمح بموجب ذلك بتلقي العلاج الطبي من قبل الطبيب المعالج والأطباء السريريين والموظفين الفنيين المكلفين برعايتي أو برعاية طفلي القاصر أو المريض المذكور أدناه.
- أسمح لمقدمي العلاج المتابعين لحالتي بطلب أي خدمات مساعدة، مثل الفحوصات المعملية أو اختبارات الأشعة، أو أية خدمات أو علاجات أخرى قد تكون ضرورية لرعايتي وسلامتي. وقد تشمل الفحوصات المعملية إجراء اختبار الإصابة بـ HIV، وأعي جيداً أنه يحق لي رفض إجراء اختبار الإصابة بـ HIV.
- أدرك أن Inova يستخدم نظام سجلات طبي إلكتروني.
- أسمح بعرض سجل وصفاتي الطبية لطبيب Inova من أي صيدلية أو وكالة مراقبة أدوية.
- بتوقيعي أدناه، أقر بحقوق ومسؤوليات المريض الموضحة أعلاه وأوافق عليها وعلى العلاج.

المريض/الوصي/غيرهما (التوقيع) (Patient/Guardian/etc. (signature))	المريض/الوصي/غيرهما (الاسم المطبوع) (Patient/Guardian/etc. (print name))	التاريخ (Date)	الوقت (Time)
--	---	-------------------	-----------------

صلة القرابة بالمريض (إذا لم يوقع المريض)  
(Relationship to Patient (if not signed by patient))

الشاهد (التوقيع) (Witness (signature))	الشاهد (الاسم المطبوع) (Witness (print name))	التاريخ (Date)	الوقت (Time)
---	--	-------------------	-----------------

معلومات الترجمة الفورية (ليتم إكمالها بواسطة موظفي Inova، إذا كان مطبوعاً):  لا حاجة لمترجم فوري

**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 المريض ومسؤولياته

### Patient Rights and Responsibilities