

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 أسرته أو ممثلك المختار أو طبيبك الخاص فوراً بقبولك في المرفق، بناءً على طلبك.
- عدم الخضوع لأية 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 الروتينية. 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، كنقلك إلى مستوى مكثف من الرعاية أو الحاجة إلى عمليات جراحية طارئة غير مخطط لها بمجرد أن تسمح الرعاية السريرية بذلك.
- تقديم توجيه مسبق (مثل تفويض 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 مسموحًا به أو مطلوبًا 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 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 باستخدام "مركز العمل" على الصفحة الرئيسية لموقع الويب.
- قدّم شكوى عن طريق الاتصال برقم 703-205-2175 إذا كنت تعتقد أن Inova قد أخفقت في تقديم هذه الخدمات أو مارست أعمالاً تمييزية على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الدين أو الثقافة أو الجنس أو النوع أو الهوية الجنسية أو التعبير عن الجنس أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو الإعاقة أو الوضع العسكري أو الحمل أو الولادة أو الحالات الطبية ذات الصلة. 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، متضمنة 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

ARABIC

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.
- الالتزام بكافة توقعات السلامة. لا تتسامح Inova مع أي مما يلي:
 - الكلام أو السلوك المتحيز أو العنصري أو التمييزي من المرضى والزوار.
 - المرضى والزائرين المخزبين أو غير المحترمين.
 - جميع أنواع المنوعات أو الأسلحة التي يحملها المرضى أو الزوار معهم. ويشمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر المواد المخدرة المحظورة أو الأدوات الخاصة بالمخدرات أو المواد المخدرة الخاضعة للرقاب أو الأسلحة النارية أو السكاكين أو الأدوات الحادة مثل أدوات الحلاقة أو شفرات الحلاقة أو أدوات قطع الصناديق أو مسدسات الصق الكهربي أو غيرها من الأدوات التي تُستخدم بهدف إحداث ضرر.

إشعار الموافقة المعتبرة 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 سوائل 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 مُساعدة، 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 (لن يتم 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

ARABIC

