

حقوق المرضى ومسؤولياتهم

بينما أنت مريض لدى ENDEAVOR HEALTH ونيابة عن مستشفياتها ومكاتب الأطباء والمراكز السريرية للمرضى الخارجيين ومراكز الجراحة اليومية وعيادات الرعاية العاجلة وأي شركات فرعية وكيانات تابعة أخرى (المشار إليها جميعها باسم "ENDEAVOR HEALTH"، أو "نحن"، "التابع لنا"، أو "الخاصة بنا")، سنحترم حقوقك كمريض بصرف النظر عن عمرك أو عرقك أو أصلك أو أصلك القومي أو دينك أو ثقافتك أو لغتك أو إعاقتك الجسدية أو السلوكية أو حالتك الاجتماعية والاقتصادية أو نوع جنسك أو ميولك الجنسية أو هويتك أو تعبيرك الجنسي، أو أي حالة أخرى، محمية بموجب القوانين المعمول بها وتتوافق معها.

بينما أنت مريض لدى ENDEAVOR HEALTH، عليك معاملة الأطباء والممرضين وغيرهم من الطواقم الطبية وغير الطبية وغيرهم من المرضى وعائلاتهم وزوارنا باحترام ووقار.

بينما أنت مريض لدى ENDEAVOR HEALTH، لديك الحقوق التالية:

- لديك حق تلقي رعاية المرضى وعلاجهم وخدماتهم في بيئة آمنة خالية من الإساءة، مثل الإساءة العاطفية أو النفسية أو الجسدية أو الجنسية أو اللفظية أو الإهمال أو الاستغلال أو التخويف أو التحرش أو غير ذلك من أشكال التمييز المحمية بموجب القانون المعمول به.
- لديك حق تلقي الرعاية والعلاج والخدمات الأخلاقية والضرورية طبيًا والمناسبة لحالتك أو مرضك أو إصابتك وفقًا للمعايير المعمول بها لتوجيهات الرعاية المعتمدة من قبل المؤسسات المهنية الكبرى أو وفقًا لما يقتضيه القانون.
- لديك حق معرفة تخصص وهوية الأخصائيين الذين يقدمون لك الرعاية والعلاج والخدمات، بما في ذلك اسم الطبيب المسؤول بشكل رئيسي عن رعايتك.
- لديك حق إخطار أحد أفراد العائلة، أو ممثل آخر بعينه، وطبيبك في حال دخولك المستشفى في أقرب وقت ممكن.
- لديك حق الحصول على توضيحات موجزة وطرح أسئلة بخصوص نوع حالتك أو مرضك أو إصابتك وطبيعتها ومداهها، وأي علاجات وإجراءات مقترحة، وأي نتائج غير متوقعة، والمخاطر والفوائد المحتملة، والمدة التقريبية التي قد تستغرقها للتعافي، إذا كانت معروفة.
- لديك حق الحصول على وثيقة موافقة مبنية على المعرفة يشرحها لك طبيبك أو أي شخص من الطاقم الطبي مثل الممرضة أو الأخصائي السريري وطرح الأسئلة بخصوص أي رعاية أو علاج أو خدمات مقدمة إليك أو أي إجراء يُنفذ عليك. ستشرح وثيقة الموافقة المبنية على المعرفة نوع الرعاية والعلاج والخدمات المقدمة أو الإجراء المُنفذ، وأسبابهم، والفوائد والمخاطر المحتملة، إذا كانت معروفة.
- لديك حق معرفة إذا كان المورد سيكون حاضرًا في أثناء تلقي العلاج أو الخدمات أو الإجراءات، أو إذا كانت ستتم مشاركة أي لقطات أو صور فوتوغرافية أو أفلام للعلاج أو الخدمات أو الإجراءات الخاصة بك مع المورد، لأي سبب من الأسباب غير المتعلقة بالعلاج أو الخدمات أو الإجراءات مثل التعليم والتطوير. يمكن أن يُطلب منك التوقيع على موافقة أخرى للسماح لـ ENDEAVOR HEALTH بمشاركة أي لقطات أو صور فوتوغرافية أو أفلام في أثناء تلقيك العلاج أو الخدمات أو خضوعك لإجراء طبي.
- لديك حق المشاركة واتخاذ القرارات بشأن رعايتك وعلاجك وخدماتك قبل البدء أو في أثناء تلقي الرعاية والعلاج والخدمات.
- لديك حق الحصول على معلومات بخصوص الألم الذي ستعانيه ومسكنات الألم التي قد تتاح لك، والمشاركة في المناقشات، واتخاذ قرارات تخص طريقة التحكم بشكل فعال في ألمك.

حقوق المرضى ومسؤولياتهم

- لديك حق اختيار ممثل قانوني لمساعدتك على اتخاذ القرارات بنفسك أو اتخاذها نيابة عنك بخصوص رعايتك وعلاجك، بما في ذلك الانسحاب من تلقي الرعاية أو رفضها. قد يكون هذا الحق محدودًا بما إذا كان لديك وصي قانوني معين من المحكمة، أو توكيل رسمي آخر لاتخاذ القرارات، بما في ذلك الرعاية الصحية. بالإضافة إلى ذلك، قد يكون هذا الحق محدودًا بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية المعمول به، إذا كان الشخص الذي اخترته يشكل خطر إلحاق الأذى بك أو اتضح أنه غير قادر قانونيًا أو عقليًا أو طبيًا على تحمل هذه المسؤولية.
- وفقًا لسياسة المستشفى والقانون المعمول به أو الشروط الأخرى، قد يكون لديك حق استقبال زائر (زوار) ومرافق (مرافقين) وأن يتواصلوا معك في حدود مقدرتك دون تعطيل تقديم الرعاية والعلاج والخدمات، وانتهاك حقوق المرضى الآخرين وعدم احترام الموظفين، وهي سياسة آمنة لك وللزائر.
- وفقًا لسياسة المستشفى والقانون المعمول به أو الشروط الأخرى المتعلقة برعايتك، يحق لك طلب حضور مرافق طبي أو شخص داعم للحصول على رعاية أو علاج أو خدمات بعينها.
- لديك حق رفض أي رعاية أو علاج أو خدمات بعد إبلاغك بالآتي:
 - خيارات العلاج المتاحة لك.
 - المخاطر والعواقب المنعكسة على حالتك أو مرضك أو إصابتك إذا رفضت الرعاية أو العلاج أو الخدمات.
 - مدى تأثير قرارك برفض الرعاية أو العلاج أو الخدمات في تغطيتك التأمينية، إذا كانت معروفة.
- لديك حق رفض أي نوع من الأدوية أو القيود الجسدية أو العزلة إلى الحد الذي يستغله مقدم الرعاية كوسيلة للإجبار أو للتأديب أو للراحة أو للانتقام. ومع ذلك، يمكن استخدام الأدوية أو القيود الجسدية والعزلة إذا قرر طبيبك ضرورة عمل ذلك لمنعك من إيذاء نفسك أو الآخرين.
- إذا كنت مؤهلاً، وبعد معرفة المعلومات الكاملة عن الآتي وشرح المعلومات لك بلغة واضحة يمكنك فهمها، فلديك الحق في اختيار المشاركة أو عدم المشاركة في أي دراسة بحثية أو تجربة سريرية لأي دواء أو جهاز طبي أو أي بحث سلوكي اجتماعي، باستثناء ما هو جائز أو مباح بموجب القانون المعمول به. المشاركة في الأبحاث ليست مطلوبة كشرط لتلقي أي رعاية أو خدمات من ENDEAVOR HEALTH.
- لديك أنت، و/أو ممثلك المعين قانونيًا، حق طلب استشارة لمناقشة أي مخاوف أخلاقية قد تكون لديك بشأن الرعاية أو العلاج أو الخدمات التي تتلقاها.
- لديك حق الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية المتعلقة بتشخيصات رعايتك الصحية الطبية والسلوكية وعلاجك وخدماتك وحمايتها من الوصول والاستخدام والإفصاح غير المصرح به إلى الحد الذي يسمح به القانون المعمول به.
- لديك حق مراجعة المعلومات الموجودة في سجلك الطبي ضمن فترة زمنية منطقية، وشرح المعلومات لك أو تفسيرها بلغة واضحة يمكنك فهمها والحصول على نسخة من سجلك الطبي بالصيغة التي ترغب بها إلى الحد المسموح به بموجب القانون المعمول به. تحتفظ Endeavour Health بالحق في فرض رسوم مقابل نسخ سجلاتك الطبية.
- لديك حق تلقي معلومات عن طريقة الوصول إلى خدمات العنف المنزلي وحماية الأطفال أو كبار السن وغيرها من خدمات الدفاع وتلقي معلومات عن عملية اختيار المحكمة لوصي قانوني مسؤول عنك.

حقوق المرضى ومسؤولياتهم

- لديك حق تقديم شكوى بحسن نية دون خوف من الانتقام أو تشكيل تأثير سلبي على الرعاية أو العلاج أو الخدمات المقدمة لك. لتقديم شكوى أو تظلم، يمكنك أنت أو ممثلك المخول قانونيًا الاتصال بخط تجارب المرضى على أحد الأرقام التالية:

(630) 527-7225	Edward Hospital
(331) 221-1115	Elmhurst Hospital
(800) 901-7422	Endeavor Health Corporate Center
(847) 570-1536	Evanston Hospital
(847) 657-5603	Glenbrook Hospital
(847) 480-2882	Highland Park Hospital
(630) 305-5115	Linden Oaks Hospital
(847) 503-4332	Endeavor Health Medical Group
(847) 618-4390	Northwest Community Hospital
(847) 933-6531	Skokie Hospital
(773) 293-2273	Swedish Hospital

- لديك حق تقديم شكوى أو تظلم بحسن نية لأي من الجهات الآتية:

<p>اللجنة المشتركة (The Joint Commission) مكتب الجودة والسلامة (Office of Quality and Safety) One Renaissance Blvd. Oakbrook Terrace, IL 60181 رقم الهاتف: (630) 792-5800 رقم الفاكس: (630) 792-5636 الهاتف النصي (TTY): اتصل بخدمة ترحيل الاتصالات بولاية إلينوي على الرقم 711 البريد الإلكتروني: patientsafetyreport@jointcommission.org</p>	<p>إدارة الصحة العامة بولاية إلينوي (The Illinois Department of Public Health) برامج ومراقق قسم الرعاية الصحية (Division of Healthcare Facilities and Programs) 525 West Jefferson Street Springfield, IL 62761 رقم الهاتف: (800) 252-4344 رقم الفاكس: (217) 524-8885 الهاتف النصي (TTY): (800) 547-0466 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 4:30 مساءً</p>
--	---

- لديك حق تلقي إرشادات بشأن أي رعاية أو علاج أو خدمات بعد الخروج من المستشفى أو بعد الخضوع لإجراء طبي، ومعرفة موعد (مواعيد) المتابعة مع مقدمي الرعاية التي قد تحتاجها بما في ذلك أسماؤهم وبيانات التواصل معهم.

الحقوق المالية

- لديك حق الحصول على تقدير لتكلفة الرعاية أو العلاج أو الخدمات المقدمة لك، والمبلغ الذي قد يدفعه تأمينك، والمبلغ الذي قد يتعين عليك دفعه إذا كان لديك أي مدفوعات مشتركة أو مبالغ مقطوعة أو تكاليف تأمين مشترك، قبل تلقيك الرعاية أو العلاج أو الخدمات باستثناء حالات الطوارئ أو غيرها من المواقف التي تهدد الحياة أو عندما يقتضي القانون المعمول به خلاف ذلك.

حقوق المرضى ومسؤولياتهم

- لديك حق الحصول على نسخة تفصيلية من فاتورتك، وتوضيح الرسوم لك بلغة واضحة يمكنك فهمها، وإمكانية الوصول إلى مستشار مالي يمكنه مساعدتك على الحصول على مساعدة مالية أو استشارة مالية للمساعدة في دفع الفاتورة.
- لديك حق معرفة التكلفة والمبلغ الذي قد يدفعه تأمينك والمبلغ الذي قد تدفعه أنت، بما في ذلك المدفوعات المشتركة وتكاليف التأمين المشترك والمبالغ المقتطعة مقابل الرعاية أو العلاج أو الخدمات قبل تقديمها لك باستثناء حالات الطوارئ أو الحالات التي تهدد الحياة، أو الحالات الأخرى التي يقتضيها القانون.
- إذا كان لديك تأمين Medicare، فلديك حق الحصول على إخطار مسبق للمستفيد (Advanced Beneficiary Notice, ABN) أو (المشار إليه بالاختصار "ABN")، الذي يبلغك كتابيًا سبب عدم دفع Medicare مقابل الرعاية أو العلاج أو الخدمات، والمبلغ الذي قد يُطلب منك دفعه، وقبول الرعاية أو العلاج أو الخدمة أو رفضها قبل تقديمها لك.
- لديك حق طلب معلومات عن التوجيهات المسبقة وتلقيها، مثل وصية الحياة، أو تعليمات للطبيب بخصوص العلاج المحافظ على الحياة (Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST)، أو التوكيل الطبي الدائم أو التوجيهات المسبقة للرعاية الصحية العقلية، لإخبارنا بالطريقة التي ترغب بها لتلقي العلاج عندما لا تكون قادرًا على ذلك. يتضمن ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، إقرارات عدم الإنعاش (Do Not Resuscitate, DNR)، التي تطالبنا بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي (cardiopulmonary resuscitation, CPR) في حالة توقف قلبك، أو استخدام الأدوية للتحكم في ضغط الدم أو الحفاظ على نبض قلبك، أو عدم وضعك على جهاز التنفس الصناعي، أو عدم وضع أنبوب تغذية أو التغذية عن طريق التسريب الوريدي (Intravenous Injection, IV)، أو أي رعاية أخرى خاصة بمرحلة نهاية الحياة قد ترغب أو لا ترغب في تلقيها. يمكنك تغيير رأيك في أي وقت بشأن نوع الرعاية التي ترغب أو لا ترغب في تلقيها بمرحلة نهاية الحياة. لن يشترط توفير الرعاية بوجود توجيه مسبق أو عدم وجوده.
- بالإضافة إلى المسؤوليات الأخرى الموضحة هنا وفي أماكن أخرى، فبينما أنت مريض لدى ENDEAVOR HEALTH، تقع على عاتقك المسؤوليات الآتية:
- تقع على عاتقك مسؤولية إخبار مقدم الرعاية وفريق الرعاية، على حد علمك، عن سبب زيارتك لمقدم الرعاية، وتاريخك الصحي الطبي والسلوكي الحالي والسابق، والحالات والأمراض والإصابات، وجميع الأدوية التي تتناولها حاليًا بما في ذلك التي يمكنك شراؤها بسهولة دون وصفة طبية، مثل الفيتامينات والمكملات الغذائية العشبية، وما إذا كنت قد دخلت المستشفى من قبل وسبب ذلك، وأي معلومات أخرى، مثل التغيير غير المتوقع في حالتك أو مرضك أو إصابتك. نحتاج إلى معرفة هذه المعلومات لتقديم الرعاية والعلاج لك بأفضل ما في وسعنا.
- تقع على عاتقك مسؤولية المشاركة في خطة الرعاية وطرح الأسئلة بخصوص الرعاية أو العلاج أو الخدمات التي ستقدم لك. سنتلقى الرد على مثل هذه الأسئلة بلغة واضحة يمكنك فهمها.
- تقع على عاتقك مسؤولية اتباع خطة الرعاية الصحية والعلاج التي اتفقت عليها أنت ومقدمي الرعاية المسؤولين عن حالتك. ويتضمن ذلك تناول أي أدوية أو المشاركة في تلقي الرعاية أو العلاج أو الخدمات التي وصفها مقدمو الرعاية الصحية المسؤولون عن حالتك أو نصحوك بها.
- تقع على عاتقك مسؤولية قبول تحمل المساءلة الشخصية بشأن أي نتيجة تسبب بها قرارك أو قرار ممثلك القانوني برفض تلقي الرعاية أو العلاج أو الخدمات أو عدم اتباع خطة العلاج التي وضعها مقدم الرعاية الصحية، بما في ذلك أي مسؤوليات تتعلق بدفع مبالغ مالية قد تنجم عن قرارك برفض تلقي الرعاية.

حقوق المرضى ومسؤولياتهم

• تقع على عاتقك مسؤولية تقديم معلومات كاملة ودقيقة بخصوص التأمين الصحي والتغطية الخاصة بك، إذا كانت معروفة، ونسخة من بطاقة تأمينك وبطاقة هوية تحمل صورة شخصية صادرة عن جهة حكومية، مثل رخصة القيادة أو بطاقة هوية صادرة عن الولاية، بوقت تقديم الرعاية أو العلاج أو الخدمات لك.

• تقع على عاتقك مسؤولية الدفع، في الوقت المناسب، مقابل تلقي الرعاية والعلاج والخدمات، بما في ذلك المبالغ المقطوعة والمدفوعات المشتركة وتكاليف التأمين المشترك. إذا كانت لديك استفسارات بخصوص سداد الفاتورة أو كنت بحاجة إلى وضع خطة سداد، فإنه يمكنك التحدث مع مستشار مالي في أي وقت في أثناء إقامتك أو في أثناء تلقي العلاج أو الإجراءات الطبية أو الخدمات أو بعدها، عن طريق التواصل مع:

○ المستشفيات Edward أو Elmhurst أو Linden Oaks على الرقم: (866) 756-8348؛

○ المستشفيات Evanston و Skokie و Glenbrook و Highland Park على الرقم: (847) 570-5000؛

○ Swedish Hospital على الرقم 8200-878-(773)، على الرقم الداخلي 3841؛

○ Northwest Community Hospital على الرقم: (847) 618-4542.

• تقع على عاتقك مسؤولية اتباع جميع قواعد المستشفى ولوائح السلامة المعمول بها. تقع على عاتقك مسؤولية التعامل مع جميع مقدمي الرعاية والممرضات وطواقم المستشفى الأخرى والمرضى الآخرين وعائلاتهم وزوارهم باحترام وود. تتبع ENDEAVOR HEALTH سياسة عدم التسامح مطلقاً مع الإساءة اللفظية أو التهديد بالعنف تجاه أي مقدم رعاية أو موظف أو مريض أو زائر. يمكن طرد أي شخص يتصرف بطريقة تشكل تحديداً أو تهديداً أو تخويفاً، بحيث يسيء لفظياً أو يهدد بارتكاب عمل من أعمال العنف أو يرتكبه بالفعل، من المنشأة بالإضافة إلى، على سبيل المثال لا الحصر، التواصل مع سلطات إنفاذ القانون و/أو توجيه الاتهامات له.

• تقع على عاتقك مسؤولية عدم استخدام أي نوع من الكاميرات أو أجهزة تسجيل الفيديو أو الصوت، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الهواتف الذكية والأجهزة اللوحية، وعدم تصوير الفيديو أو تسجيل الصوت لأي عمليات رعاية أو علاج أو خدمات مُقدّمة لك، أو أي علاج أو خدمات رعاية مقدمة لمريض آخر، ويدخل في ذلك مقدمو الرعاية أو الموظفون أو المرافق أو غير ذلك من ممتلكات ENDEAVOR HEALTH، دون الحصول على إذن كتابي صريح من ENDEAVOR HEALTH.

• تقع على عاتقك مسؤولية امتثال عائلتك وزوارك لجميع الأقسام المعمول بها الواردة في وثيقة "حقوق المرضى ومسؤولياتهم" هذه.

• تقع على عاتقك مسؤولية إخبار الطبيب أو الممرضة أو أي عضو آخر في فريق الرعاية الصحية المسؤول عن حالتك عما إذا كان لديك توجيهات مسبقة، مثل وصية الحياة أو تعليمات للطبيب بخصوص العلاج المحافظ على الحياة (POLST) أو إقرارات عدم الإنعاش أو توكيل الرعاية الصحية الدائم للرعاية الصحية أو الوصي القانوني المعين من قبل المحكمة أو ولي الأمر أو أي توكيل رسمي آخر لاتخاذ القرارات بما في ذلك الرعاية الصحية.

• تقع على عاتقك مسؤولية تقديم نسخة من التوجيهات المسبقة أو غيرها من المعلومات المماثلة إلى الطبيب أو الممرضة أو أحد أعضاء فريق الرعاية الصحية المسؤول عن حالتك، لإدراج صورة مسح ضوئي لنسخ من هذه المعلومات في سجلاتك الطبية.

هذه الوثيقة مكتوبة بالإنجليزية. وإذا تمت ترجمت هذه الوثيقة إلى أي لغة أخرى، فستسري في الأساس أحكام النسخة الإنجليزية.