



## حقوق ومسؤوليات وسلامة المرضى

### OHSU PATIENT RELATIONS (قسم علاقات المرضى)

Mail code: UHS-3  
3181 S.W. Sam Jackson Park Road  
Portland, Oregon 97239  
503-494-7959  
advocate@ohsu.edu  
www.ohsu.edu/patientrights

تلتزم OHSU بأن تكون مكاناً آمناً يحترم ويرحّب بجميع الأشخاص من مختلف الفئات العمرية، والثقافات، والقدرات، والانتماءات العرقية، والأجناس، والجنسيات، والسلالات، والألوان، والديانات، والاتجاهات الجنسية، والأفكار. نرحّب بالجميع. لن تميّز OHSU ضدك.

ولنفس الأسباب السابقة لن توافق OHSU على أي طلب من المريض لرفض تدخل أحد أفراد تقديم الرعاية الصحية أو الخدمات إذا كان هذا الطلب يستند على أسباب متعلقة بالعرق أو السلاسة أو الطائفة الدينية. نحن ملتزمون بتقديم الرعاية لجميع المرضى لدينا وبحمية موظفينا من التحيز والتعصب.

### باعتبارك مريضاً تابعاً لـ OHSU فإن لديك الحقوق التالية:

- تقديم الرعاية بطريقة تكون خالية من الإساءة أو التمييز أو المضايقة بسبب العمر أو العرق أو اللون أو السلالة أو الأصل القومي أو الثقافة أو اللغة أو الجنس أو الاتجاه الجنسي أو الهوية والتعبير الجنسي أو الإعاقة الجسدية أو الذهنية أو الدين أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية أو الحالة العائلية أو بسبب العمل في الجيش أو الاحتياطي أو أي عمل آخر يحميه القانون.
  - رعاية شخصية يتم فيها العناية براحتك وكرامتك.
  - المساعدة بالتواصل بما في ذلك تقديم خدمات لغوية مجانية.
  - التعامل بخصوصية وسريّة مع معلوماتك الصحية الشخصية وكرامتك.
  - معرفة أسماء الأفراد الذين يساعدونك أو يقدمون لك الرعاية.
  - الحصول على مرافق خلال عمل الفحوصات لك.
  - إخبارنا عنّ تريد أن يساعدك في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك.
  - طرح الأسئلة والحصول على الإجابات بالطريقة التي تناسب احتياجاتك وتساعدك على الفهم.
  - المشاركة في تطوير وتنفيذ خطة الرعاية الخاصة بك والخطط الأخرى المتعلقة برعايتك بعد مغادرتك للمستشفى.
  - الحصول على المعلومات المتعلقة بحالتك الصحية ونتائج الرعاية التي يتم تقديمها لك.
  - الموافقة المستنيرة: الحق في فهم خطة الرعاية التي يوصي بها مقدم الرعاية الخاص بك والموافقة عليها.
  - الرفض المستنير: الحق في رفض الرعاية والحصول على معلومات حول مخاطر وفوائد رفض الرعاية التي يوصي بها مقدم الرعاية الخاص بك.
  - تحضير توجيهات مسبقة والتي ستعلم مقدّم الرعاية لك أو أفراد عائلتك عن الرعاية التي تريد أو لا تريد تقديمها لك مسبقاً. كما يحق لك أن يتم احترام هذه القرارات.
  - اتخاذ قرارات علاج الصحة العقلية، بما في ذلك قبول أو رفض
- علاج الصحة العقلية وصياغة إعلان لعلاج الصحة العقلية، وتعيين بديل لتقديم علاج الصحة العقلية نيابة عنه أو عنها إلى الحد الذي يسمح به القانون.
  - تلقي العلاج الذي لا يشترط وجود نموذج أوامر الطبيب لعلاج الحفاظ على الحياة (POLST)، أو التوجيه المسبق، أو تعليمات مماثلة تتعلق بالتغذية والسوائل صناعياً. ويعني هذا أنه يمكنك الحصول على الرعاية حتى إذا قررت عدم إكمال نموذج إخبارنا برغباتك المتعلقة بالرعاية الطبية المستقبلية وخطط قرب انتهاء الحياة.
  - حدد شخصاً داعمًا ليحضر معك، إذا كانت لديك إعاقة، في أي مناقشة يُطلب منك فيها اختيار رعاية الحالات المتأخرة أو التوقيع على توجيه مسبق أو أداة أخرى تسمح بوقف أو التراجع عن إجراءات الحفاظ على الحياة أو الإمداد بالتغذية والسوائل صناعياً، إلا إذا طلبت إجراء مناقشة خارج حضور شخص داعم. ويعني هذا أنه يمكنك اصطحاب شخص داعم (أحد أفراد العائلة، صديق، مساعد مدفوع الأجر،... وما إلى ذلك) معك أثناء المحادثات حول تلقي الرعاية في الحالات المتأخرة أو عندما توقع على مستندات تتعلق برغباتك المستقبلية للرعاية الطبية وخطط قرب انتهاء الحياة نماذج (التوجيهات المسبقة ونموذج POLST). إذا كان لديك إعاقة، فسوف تحرص OHSU على وجود هذا الشخص معك ما لم نخبرنا أنك لا تريده معك.
  - الشعور بالأمان وعدم مواجهة أي شكل من أشكال الإساءة أو الإهمال. كما أن لديك الحق في طلب الحماية أو المساعدة خلال زيارتك عبر مستشار.
  - رفض في الاشتراك في مشروع بحث.
  - توفير الخدمات الكهنتوتية والخدمات الروحية الأخرى.
  - طلب والحصول على مسكنات الألم كما يتم الاتفاق عليه مع مقدم الرعاية الخاص بك.
  - عدم مواجهة أي قيود، ما لم يكن ذلك ضرورياً لأمانك.
  - فهم أسباب قرار تحويلك إلى منشأة أخرى.
  - مراجعة فاتورتك والاستفسار عنها.

- إخبارنا مخاوفك أو شكواك وتلقي ردًا عليها بدون أن يؤثر ذلك على جودة الرعاية أو تقديمها.
- إخبارنا من يلعب دورًا هامًا في حياتك ومن تريد أن يزورك أنت أو طفلك في المستشفى. يمكن أن يتضمن هذا أحياءك الذين لا تربطك بهم صلة قرابة قانونية مثل الشريك المحلي غير المسجل، والزوج/الزوجة من نفس الجنس أو جنس مختلف، أو الأبوين بالتبني، أو الأبوين من نفس الجنس، أو زوج الأب/الأم وغيرهم.
- حدد، أو اجعل ممثلك يحدد، ثلاثة أشخاص داعمين واصطحب أحدهم معك طوال فترة تواجدك في المستشفى و/أو قسم الطوارئ، إذا كانت لديك إعاقة، بما في ذلك الإعاقة الجسدية، أو الذهنية، أو السلوكية، أو الإدراكية، أو الصمم، أو فقدان السمع، أو غيرها من عوائق التواصل، أو العمى، أو التوحد، أو الخرف. قد يكون الشخص الداعم أحد أفراد العائلة، أو وصيًا، أو مساعد رعاية شخصية، أو مرافقًا آخر مدفوع الأجر أو غير مدفوع الأجر تم اختياره لمساعدتك جسديًا، أو عاطفيًا أو لضمان التواصل الفعال معك. ويعني هذا أنه إذا كانت لديك إعاقة، يمكنك إخبارنا بأسماء ثلاثة أشخاص داعمين، ويمكن أن يظل أحدهم بجانبك أثناء وجودك في المستشفى.
- اطلب إبلاغ العائلة، والأصدقاء، والأطباء فور دخولك المستشفى.
- الانسحاب من التسجيل في دليل قسم الطوارئ والمرضى المحجوزين، وذلك عن طريق إبلاغ خدمات الوصول للمرضى على الرقم 503-494-8927. ما لم تُبلغنا برفضك، قد نقوم بتضمين بعض المعلومات عنك في دليل المستشفى وذلك بغرض الرد على الاستفسارات التي تصل من الأصدقاء أو العائلة أو رجال الدين أو غيرهم ممن يسأل عنك سواء عند دخولك للمستشفى أو عند فحصك في قسم الطوارئ. وبالأخص، يمكن الإفصاح عن اسمك، ومكانك في المستشفى، وحالتك العامة (مثل جيدة أو متوسطة أو خطيرة أو حرجة) للأشخاص الذين يسألون عنك باسمك. بالإضافة إلى أنه قد يتم إعطاء انتمائك الديني إلى أفراد رجال الدين مثل الكاهن أو الحاخام إذا كان يعمل كمتطوع رسمي في مشفى OHSU حتى إن لم يسألوا عليك شخصيًا.
- إذا لم نكن عند حسن ظنك وتوقعاتك، نتمنى أن نخبرنا.

## باعتبارك مريضاً تابعاً لـ OHSU، يقع على

### عائقك أنت، وعائلتك، ووزائريك مسؤولية ما يلي:

- أن تحترم وتهتم بشعور الأشخاص الذين يساعدونك أو يقدمون الرعاية لك. تم اختيار هؤلاء الأشخاص بناءً على مهاراتهم وقدراتهم ولن يتم نقلهم أبداً من تقديم الرعاية لك بناءً على أسباب غير متعلقة بدورهم المهني أو الخدمي.
- أن تتجنب أي لغة أو صور أو سلوك تمييزي أو بذيء أو مهين أو تهديد، وتفهم أن هذه السلوكيات يمكن أن تؤدي إلى وضع قيود على امتيازات الزيارة وتؤثر على الحصول على الرعاية في OHSU.
- أن تراعي المرضى والزائرين الآخرين وذلك للمحافظة على بيئة مناسبة للشفاء.

## سلامة المريض

إذا كنت مريض لدى OHSU، فلديك الحق في الحصول على الرعاية الطبية الآمنة. إن مشاركتك في الرعاية الخاصة بك تعتبر من أهم الطرق لتضمن أنك في أمان. هذا يعني:

- اعرف أدويةك: قم بعمل قائمة بالأدوية التي يصفها لك الأطباء. أضف إلى هذه القائمة الأدوية التي لا تحتاج إلى وصف طبيبي والتي تتناولها. قم بتحديث هذه القائمة عندما تأخذ دواء جديد أو تتوقف عن استخدام دواء ما. احضر هذه القائمة معك دائماً عندما تتلقى الرعاية الطبية.
- ا طرح الأسئلة التالية: ا طرح الأسئلة حتى تفهم مرضك، وعلاجاتك، والجراحات أو العمليات الضرورية والأدوية التي ستأخذها وكيف يمكنك رعاية نفسك في المنزل.
- التأكيد: ساعد فريق العمل على تقديم رعاية آمنة وبيئة رعاية آمنة. لا بأس من تذكيرهم ما يلي:

## مكتب الحقوق المدنية

U.S. Department of Health and Human Services  
Centralized Case Management Operations  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
800-368-1019 أو 800-537-7697 (TTD)  
البريد الإلكتروني: OCRMail@hhs.gov  
www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

« التأكيد بأنهم يقدمون الرعاية للمريض الصحيح.

« غسل أيديهم.

« تحديد المكان الذي سيتم إجراء الجراحة أو العملية لك.

« عمل كل ما في إمكانهم لحمايتك من الوقوع.

نريد أن نعرف ما إذا كانت لديك أي مخاوف أو لا تشعر بالأمان أثناء إقامتك في OHSU. يُرجى التحدث مع مقدّمي رعايتك أو مستشار المرضى إذا كانت لديك أي مخاوف بخصوص سلامة الرعاية التي تُقدم لك. عندما نعلم بهذه المخاوف، فسنستطيع المساعدة في عمل التغييرات الضرورية.

## المخاوف والاقتراحات

- يرجى الاتصال بنا إذا كان لديك أي مخاوف. يرجى إخبارنا بشكواك، واقتراح الطرق التي يمكن أن تجعلنا نصبح أفضل. لن نجبرك على القيام بأي شيء أو نميّر ضدك أو قطع الخدمات التي تقدّمها لك أو معاقبتك بأي طريقة فقط لأنك قدّمت شكوى. إذا كانت لديك مخاوف أو كنت مستاء من زيارتك، سنودّ منك أن تتحدّث إلى مدير الخدمات قبل أن تغادر. يمكن للمدير في العادة أن يحل المشكلة أو توضيح سوء الفهم.
- تلتزم OHSU بالحل السريع للشكاوى والتظلمات. إذا كانت لا تزال لديك مخاوف بعد أن تحدّثت مع المدير أو تريد تقديم تظلم، يرجى التواصل مع علاقات المرضى في قسم OHSU عن طريق الهاتف أو البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني.

## OHSU Patient Relations, OHSU Hospital

Mail code UHS-3

3181 S.W. Sam Jackson Park Rd.,

Portland, OR 97239-3098

503-494-3495 فاكس: 503-494-7959

E-mail: advocate@ohsu.edu

المزيد من المعلومات الإضافية متاحة عبر الإنترنت على الرابط:

www.ohsu.edu/advocate

إذا لم نعالج مخاوفك حتى الآن، فلديك الموارد التالية متاحة

أيضاً لمساعدتك

تنظيم الرعاية الصحية وتحسين الجودة - هيئة الصحة في ولاية أوريغون

Health Facility Licensing and Certification Program

800 N.E. Oregon Street, Suite 465

Portland, OR 97232

971-673-0540 فاكس: 971-673-0556

بريد إلكتروني: mailbox.hclc@state.or.us

## DNV Healthcare USA Inc.

Attn: Hospital Complaints

4435 Aicholtz Road, Suite 900

Cincinnati, OH 45245

866-496-9647 فاكس: 4818-870-281

بريد إلكتروني: hospitalcomplaint@dnv.com

www.dnvhealthcareportal.com/patient-complaint-report

## استبيان تقييم المريض

قد يصل إليك استبيان تقييم المريض عبر البريد. يرجى ملء هذا الاستبيان وتسليمه لنا مرة أخرى حتى نتمكن من معرفة كيف كانت تجربتك في OHSU. نريد أن نعرف أي شيء قد أثار مخاوفك، وما هي الأمور التي أسعدتك خلال فترة زيارتك إلى OHSU.

## إشعار بممارسات الخصوصية

تحمي OHSU خصوصية المعلومات الصحية والشخصية للمريض. إذا أردت أن تحصل على نسخة من الإشعار بممارسات الخصوصية، يرجى طلب نسخة في زيارتك القادمة أو اتصل على الرقم 503-494-0219.

تمتثل OHSU لقوانين الحقوق المدنية المعمول بها في الولاية أو الفيدرالية ولا تعمل على التمييز ضد أو استبعاد أي فرد أو تعامله بطريقة مختلفة بسبب العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس.

### Español (الإسبانية)

Si usted habla español, contamos con servicios de asistencia de idiomas, sin costo, disponibles para usted. Si necesita estos servicios, comuníquese al consultorio de su proveedor de atención médica. Ellos gustosamente coordinarán los servicios de idiomas para usted.

### Tiếng Việt (الفيتنامية)

Nếu bạn nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, có sẵn dành cho bạn. Nếu bạn cần những dịch vụ này, hãy liên lạc văn phòng của bác sĩ chăm sóc của bạn. Họ sẽ sẵn sàng thu xếp các dịch vụ ngôn ngữ cho bạn.

جامعة OHSU هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص، والعمل الإيجابي.

01/24 21711742 HCM