



Mount Sinai

Система здравоохранения Mount Sinai. Права, обязанности и справочная информация для пациентов

Просим сохранить данное руководство, поскольку оно содержит справочную информацию о ваших правах как пациента и клинических процедурах.

Внимание! Словосочетание «Mount Sinai» относится ко всем больницам Mount Sinai и связанным с ними врачебными кабинетами системы здравоохранения Mount Sinai.

Содержание

Содержание	Стр.
Перечень прав пациента	3
Перечень прав родителей	4
Обязанности пациента	5
Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией	6
О доверенности на принятие медицинских решений	21
Инструкции по заполнению доверенности на принятие медицинских решений	22
Краткий обзор политики в отношении предварительных медицинских указаний	23
Информация для пациента по снятию боли	24
Насилие в семье — уведомление о правах жертвы	26
Насилие в семье — уведомление для внутриутробных пациентов и рожениц	28
Информационный бюллетень о системе обмена медицинской информацией Mount Sinai и Healthix	30
Приложения	32
Приложение А. Беспокойства, проблемы и жалобы в отношении вашей больницы Медицинский уход	33
Приложение В. Если вы полагаете, что вас выписывают из больницы преждевременно	34
Приложение С. Конфиденциальность генетической информации	35
Форма доверенности на принятие медицинских решений в штате Нью-Йорк	38
Важная информация об оплате лечения	42



Перечень прав пациента

Как пациент больницы штата Нью-Йорк, в соответствии с законодательством, вы имеете следующие права.

1. Понимать и использовать данные права. Если по каким-либо причинам вы не понимаете эти права или нуждаетесь в их толковании, больница **обязана** предоставить вам помощь, в том числе помощь переводчика.
2. Получать лечение вне зависимости от расы, цвета кожи, вероисповедания, пола, национальности, правоспособности, сексуальной ориентации, источника платежа или возраста.
3. Получать внимательное и уважительное отношение в чистых и безопасных условиях, не налагающих ненужные ограничения.
4. В случае необходимости получать экстренную помощь.
5. Знать полное имя и должность врача, ответственного за ваше лечение в больнице.
6. Знать полные имена, должности и обязанности любого персонала больницы, занимающегося вашим лечением, и отказываться от предложенного лечения, осмотра или наблюдения.
7. Право на палату для некурящих.
8. Получать полную информацию о своем диагнозе, лечении и прогнозе.
9. Получать всю информацию, необходимую для предоставления информированного согласия на проведение любой предложенной процедуры или лечения. Данная информация должна содержать перечень возможных рисков и преимуществ процедуры или лечения.
10. Получать всю информацию, необходимую для предоставления информированного согласия на отказ от реанимации. Вы также имеете право назначить лицо, которое сможет дать указанное согласие вместо вас, если болезнь не позволяет вам сделать это. Если вам требуется дополнительная информация, попросите экземпляр брошюры «Принятие медицинских решений — руководство для пациентов и членов их семей».
11. Отказываться от лечения и получать информацию о возможных медицинских последствиях такого отказа.
12. Отказываться принимать участие в научных исследованиях. Принимая решение об участии, вы имеете право получить полные разъяснения.
13. Право на защиту частной жизни во время пребывания в больнице и конфиденциальности всей информации и документации, касающейся вашего лечения.
14. Право на участие в принятии всех решений в отношении вашего лечения и выписки из больницы. Больница должна предоставить вам в письменном виде план вашей выписки, а также письменные инструкции в отношении того, как вы можете оспорить вашу выписку.
15. Бесплатно просматривать свою медицинскую карту. Получить копию своей медицинской карты, за которую больница может запросить разумную плату. Вам не могут отказать в выдаче копии исключительно на том основании, что вы не можете заплатить за нее.
16. Получить подробный счет и разъяснения в отношении всех начисленных сумм.
17. Подать жалобу, не боясь ответных действий, в отношении лечения и услуг, которые вам предоставляют, получать разъяснения от больницы и, если вы просите, письменный ответ. Если разъяснения больницы вас не устраивают, вы можете обратиться с жалобой в отдел здравоохранения штата Нью-Йорк. Больница должна предоставить вам номер телефона отдела здравоохранения штата.
18. Указать членов семьи и других взрослых лиц, которых надлежит наделить преимущественным правом посещения в соответствии с вашей способностью принимать посетителей.
19. Сообщать о своих желаниях в отношении донорства органов в случае смерти. Вы можете задокументировать свои желания в доверенности на принятие медицинских решений или в карте донора, имеющейся в больнице.

Закон об общественном здравоохранении 2803 (1)(g) Права пациента, раздел 10 Кодекса законов и нормативных актов Нью-Йорка, 405.7, 405.7(a)(1), 405.7(c)

Перечень прав родителей

Как родитель, законный представитель или лицо с правом принятия решений за пациента детского возраста, получающего лечение в данной больнице, в соответствии с законодательством, вы имеете следующие права.

1. Сообщить больнице полное имя основного лечащего врача вашего ребенка, если оно известно, и просить, чтобы эта информация была внесена в медицинскую карту вашего ребенка.
2. Быть уверенным, что наша больница принимает пациентов детского возраста только в том случае, если может предоставить квалифицированный персонал, площади и оборудование соответствующего размера, необходимые для удовлетворения уникальных потребностей пациентов детского возраста.
3. Постоянное совместное пребывание с ребенком по меньшей мере одного родителя или опекуна на протяжении всего времени, пока этого требует здоровье и безопасность ребенка.
4. Ознакомление врача, ассистента врача или фельдшера, знакомого с текущим заболеванием вашего ребенка, с результатами всех анализов, проведенных во время поступления вашего ребенка в больницу или в ходе визитов в отделение неотложной помощи.
5. Пребывание вашего ребенка в больнице или отделении неотложной помощи до ознакомления врача, ассистента врача и (или) фельдшера с результатами любых анализов, способных дать критическую информацию, и сообщения этих результатов вам или другим лицам, принимающим решения, а также вашему ребенку, если применимо. Критические результаты — это результаты, которые позволяют предположить состояние, угрожающее жизни, или иное значимое состояние, требующее немедленной медицинской помощи.
6. Пребывание вашего ребенка в больнице или отделении неотложной помощи до получения вами или вашим ребенком, если применимо, письменного плана выписки, который может быть также устно сообщен вам и вашему ребенку или другому лицу, принимающему медицинские решения. В письменном плане выписки будут приведены любые критические результаты лабораторных обследований или других диагностических процедур, проведенных во время пребывания вашего ребенка в больнице, а также будут указаны какие-либо другие анализы, результаты которых еще не были получены.
7. Получать информацию о критических значениях, результатах и плане выписки вашего ребенка, изложенную языком, гарантирующим, насколько это возможно, ее понимание вами, вашим ребенком (если применимо) или другими лицами, принимающими медицинские решения, с целью принятия правильных решений в отношении лечения.
8. Передавать основному лечащему врачу вашего ребенка, если таковой известен, результаты всех лабораторных анализов, проведенных в ходе данной госпитализации или визита в отделение неотложной помощи.
9. Запрашивать информацию о диагнозе или предположительных диагнозах, которые ставились во время данного периода лечения, а также об осложнениях, которые могут развиваться, или информацию о любом контакте с основным лечащим врачом вашего ребенка.
10. Получить в ходе выписки вашего ребенка из больницы или отделения неотложной помощи номер телефона, по которому можно обратиться за советом в случае развития осложнений или появления вопросов в отношении состояния вашего ребенка.



Обязанности пациента

Данный перечень обязанностей пациента был разработан с целью показать, что взаимное уважение и сотрудничество лежат в основе оказания качественных медицинских услуг.

Выступая в роли пациента, вы обязаны делать следующее.

1. Сообщать точную и полную информацию об имевших место заболеваниях, госпитализациях, препаратах и других вещах, имеющих отношение к вашему здоровью.
2. Информировать своего врача или медсестру, если вы не понимаете свое лечение или то, какие действия от вас требуются.
3. Сообщать своему врачу или медсестре, если в вашем состоянии произошли изменения или если в ходе лечения возникли проблемы.
4. Следовать плану лечения, рекомендованному вашим врачом, выступая в роли стационарного и, после выписки, амбулаторного пациента.
5. Сообщать точную информацию о страховании или других источниках оплаты. Пациенты несут ответственность за обеспечение своевременной оплаты своих счетов.
6. Понимать, что может возникнуть необходимость перевести вас на другую кровать или этаж больницы. Приносим вам свои извинения за любые связанные с этой необходимостью неудобства.
7. Быть вежливым и предупредительным по отношению к другим пациентам и персоналу больницы. Ожидается, что пациенты будут соблюдать тишину и уважительно относиться к собственности больницы.
8. Уважать нашу политику запрета на курение.
9. Соблюдать режим и политики клиники.



Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией

ВВЕДЕНИЕ

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ГОВОРИТСЯ О ТОМ, КАК МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С НИМ.

Дата вступления в силу: сентябрь 2013 г.

Система здравоохранения Mount Sinai, включающая Mount Sinai Beth Israel, MSBI; Mount Sinai Beth Israel Brooklyn, MSBIB; Mount Sinai St. Luke's, MSSSL; Mount Sinai Roosevelt, MSRH; клинику New York Eye and Ear at Mount Sinai, NYEE; больницу Mount Sinai Hospital, MSH; Mount Sinai Queens, MSQ; Школу медицины Икана при Mount Sinai (Icahn School of Medicine at Mount Sinai, ISM), в том числе отделение врачебной практики (Doctors Faculty Practice, DFP), принадлежащие ей внешние врачебные кабинеты, например North Shore Medical Group, NSMG, и Mount Sinai Doctors Brooklyn Heights, DBH; а также Mount Sinai Cares (в данном уведомлении о порядке обращения с конфиденциальной информацией для удобства в совокупности именуется «Mount Sinai»), в законодательном порядке обязана защищать конфиденциальность вашей медицинской информации. Mount Sinai также обязана предоставить вам копию настоящего уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией (далее — «Уведомление»), в котором описывается порядок обращения с конфиденциальной информацией в системе здравоохранения Mount Sinai, и соблюдать условия Уведомления, периодически подлежащего пересмотру.

Мы оставляем за собой право вносить изменения в данное Уведомление. Копия текущей редакции Уведомления Mount Sinai будет всегда вывешена в приемном покое, где вы получаете лечение. Вы также сможете получить собственную копию, распечатав ее с нашего веб-сайта по адресу <http://www.mssm.edu/HIPAA>, позвонив в наш офис или попросив предоставить вам экземпляр в ходе визита.

Если у вас имеются какие-либо вопросы в отношении данного Уведомления или вы бы хотели получить дополнительную информацию, обращайтесь в отдел по защите персональных данных по телефону 212-241-4669.

УЧАСТНИКИ

Mount Sinai предоставляет медицинское обслуживание пациентам совместно с врачами и другими медицинскими специалистами и организациями. Порядок обращения с конфиденциальной информацией, описанный в данном Уведомлении, обязаны соблюдать:

- ◆ все медицинские специалисты, оказывающие вам помощь на любых площадках системы Mount Sinai;
- ◆ все работники, медицинский персонал, инструкторы, учащиеся или волонтеры на любых площадках системы Mount Sinai;
- ◆ все деловые партнеры Mount Sinai (перечисленные ниже) и их субподрядчики.

Порядок обращения с конфиденциальной информацией будет соблюдаться во всех учреждениях, относящихся к любым подразделениям Mount Sinai, перечисленным выше. Список текущих площадок прилагается и будет обновляться на нашем веб-сайте по мере появления новых или устранения старых (приложение E).

Эти учреждения и лица будут обмениваться защищенной медицинской информацией (ЗМИ) друг с другом по мере необходимости в целях предоставления лечения, осуществления выплат и оказания медицинской помощи, описанной в данном Уведомлении.



КРАТКИЙ ОБЗОР ВАЖНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Какая медицинская информация является защищенной. Мы считаем своим долгом защищать неприкосновенность информации, которую мы собираем о вас в процессе предоставления медицинских услуг. Вот некоторые примеры ЗМИ: информация о том, что вы являетесь пациентом Mount Sinai; информация о состоянии вашего здоровья (например, о возможно имеющихся заболеваниях); информация о продуктах или услугах медицинского назначения, которые были вам предоставлены или могут быть предоставлены в будущем (например, об операции); или информация о ваших страховых льготах по страховому плану (например, покрывает ли страховка расходы на рецептурные препараты), *если эта информация содержит демографические данные* (ваше имя, адрес или страховой статус); уникальный номер, по которому вас можно идентифицировать (например, номер полиса социального страхования, номер телефона или номер водительского удостоверения); генетическая информация (см. приложение D); и другие виды информации, по которым можно установить вашу личность. Внимание! Через 50 лет после смерти пациента ЗМИ больше не является защищенной информацией.

Личные представители. Если лицо наделено юридическими полномочиями принимать за вас медицинские решения (является «личным представителем»), Mount Sinai будет обращаться с вашим личным представителем, как с вами, в отношении вашей ЗМИ. Родители и опекуны, как правило, являются личными представителями несовершеннолетних, если несовершеннолетние не наделены юридическим правом действовать самостоятельно.

Требование предоставить письменное разрешение. Прежде чем использовать или распространять вашу ЗМИ за пределы Mount Sinai, мы возьмем у вас письменное разрешение, за исключением случаев, описанных ниже. Вы также можете попросить передать вашу документацию другому лицу, заполнив бланк разрешения. Если вы предоставите нам письменное разрешение, вы можете в любой момент отозвать его; исключения составляют случаи предыдущего использования данного разрешения. Чтобы отозвать письменное разрешение, направьте письменный запрос по соответствующему адресу.

MSBI Health Information Management (HIM) (отдел по работе с медицинской информацией)

Petrie Campus — First Avenue at 16th Street, NY, NY 10003

Phillips Ambulatory Care Center — 10 Union Square East, NY, NY 10003

Beth Israel Brooklyn — 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234

MSH HIM — One Gustave L. Levy Place, NY, NY 10029, Box 1111

MSQ HIM — 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11202

MSRH HIM 1000 Tenth Avenue, NY, NY 10019

MSSL HIM 1111 Amsterdam Avenue, NY, NY 10025

NYEE at MS HIM — 310 East 14th Street, NY, NY 10003

ISMDFP Administration — One Gustave L. Levy Place, Box 1061, NY, NY 10029

ВРАЧЕБНЫЕ КАБИНЕТЫ — см. приложение E

Устного разрешения достаточно для разглашения информации об иммунизации сотрудникам школ, требующим предоставить такую информацию до зачисления ученика в законодательном порядке.

Особо защищенной считается информация о ВИЧ-статусе, злоупотреблении алкоголем и запрещенными веществами, психическом здоровье, а также генетическая информация. Особой защите подлежат информация, связанная с ВИЧ, лечению от алкогольной или наркотической зависимости, информация о психическом здоровье, а также генетическая информация. Некоторые части настоящего Уведомления могут быть неприменимы в отношении данных видов информации. Уведомления, поясняющие, каким образом эти категории информации будут защищены Mount Sinai, содержатся в приложениях A — D.



ВАШЕ ПРАВО НА ДОСТУП И КОНТРОЛИРОВАНИЕ СВОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

В отношении своей медицинской информации вы обладаете следующими правами.

Право на просмотр и (или) получение копий документов

Вы имеете право проверять и получать электронную или бумажную копию любого документа, содержащего вашу ЗМИ, которая может быть использована для принятия решений в отношении вас и вашего лечения, на протяжении всего периода хранения данной информации в нашей документации. Мы передадим вам документы в определенном запрошенном вами электронном формате, если это будет возможно сделать. Это относится к медицинской документации и счетам. Чтобы просмотреть или получить копию своей ЗМИ, направьте письменный запрос по соответствующему адресу.

MSBI Health Information Management (HIM) (отдел по работе с медицинской информацией)

Petrie Campus — First Avenue at 16th Street, NY, NY 10003

Phillips Ambulatory Care Center — 10 Union Square East, NY, NY 10003

Beth Israel Brooklyn — 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234

MSH HIM — One Gustave L. Levy Place, Box 1111 NY, NY 10029

MSQ HIM — 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11202

MSRH HIM 1000 Tenth Avenue, NY, NY 10019

MSSL HIM 1111 Amsterdam Avenue, NY, NY 10025

NYEE at MS HIM — 310 East 14th Street, NY, NY 10003

ISMDFP Administration — One Gustave L. Levy Place, Box 1061, NY, NY 10029

ВРАЧЕБНЫЕ КАБИНЕТЫ — см. приложение E

Если вы запрашиваете копию информации, мы можем попросить оплатить издержки, связанные с копированием, отправкой или другими материалами, используемыми для выполнения вашей просьбы, в пределах, разрешенных законодательством. Как правило, оплата должна быть произведена до передачи вам копий или в момент их передачи. Ответ на ваш запрос о просмотре документации будет направлен в течение 10 дней. Как правило, ответ на запрос о предоставлении копий направляется в течение 30 дней, если информация хранится в учреждении, и в течение 60 дней, если информация хранится за пределами учреждения. Если требуется дополнительное время, чтобы ответить на запрос о предоставлении копий, вас уведомят в письменной форме в пределах заявленного временного периода, разъяснив причину задержки и указав, когда вы можете ожидать окончательный ответ на ваш запрос. В определенных, очень редких случаях мы можем отклонить вашу просьбу просмотреть вашу информацию или получить ее копию. Если это произойдет, вам будет предоставлено резюме запрошенной информации. Вы также получите письменное заявление, разъясняющее причины предоставления резюме, и полное описание вашего права на пересмотр данного решения. В уведомлении также будет содержаться информация о том, как подать жалобу по этим разногласиям в Mount Sinai или министру здравоохранения и социального обеспечения США, отдел гражданских прав (ОГП). Если имеются причины отказать вам в предоставлении только части информации, вам будет предоставлен полный доступ к остальным частям.

Право на внесение изменений в документацию

Если вы полагаете, что ЗМИ, собранная о вас, является неверной или неполной, вы можете попросить внести изменения в информацию. У вас есть право подать запрос на внесение изменений в течение периода хранения данной информации в нашей документации. Если вы хотите внести изменения в вашу ЗМИ, обратитесь для получения бланка запроса к соответствующему контактному лицу.



***MSBI, MSBIB, MSSL, MSRH, NYEE при MS, MSH, ISMDFP и внешний врачебный кабинет —
Mount Sinai Privacy Office, One Gustave L. Levy PI, Box 1016, NY, NY 10029
MSQ HIM — 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11202***

В вашем запросе должны быть указаны причины, по которым вы думаете, что изменение необходимо внести. Как правило, ответ на запрос направляется в течение 60 дней. Если требуется дополнительное время, вас уведомят в письменной форме в течение 60 дней, разъяснив причину задержки и указав, когда вы можете ожидать окончательный ответ на ваш запрос.

Если ваша просьба частично не может быть выполнена, вам будет направлено письменное уведомление с разъяснением причин. У вас есть право на включение в вашу документацию определенной информации, связанной с подачей запроса на изменение. Например, если вы не согласны с нашим решением, у вас будет возможность подать заявление о вашем несогласии, которое мы включим в вашу документацию. Мы также сообщим информацию о том, как подать жалобу нам или в ОГП. Эти процедуры будут подробно разъяснены в любом письменном отказе, который мы направим вам.

Право на отчет о случаях раскрытия

У вас есть право запросить «отчет о случаях раскрытия», который представляет собой информацию о разглашении вашей ЗМИ за пределы Mount Sinai (за исключением случаев использования системы обмена медицинской информацией Mount Sinai [ОМИ] [см. стр. 6 ниже]). В отчет будут включены:

- случаи разглашения информации вам и вашему личному представителю;
- случаи разглашения информации в соответствии с вашим письменным разрешением;
- случаи разглашения информации с целью проведения лечения, осуществления выплат или коммерческой деятельности;
- случаи разглашения информации, содержащейся в реестре пациентов;
- случаи разглашения информации вашим друзьям и членам семьи, принимающим участие в вашем лечении или оплачивающим его;
- случаи разглашения информации, связанные с правомочным использованием и разглашением вашей ЗМИ (например, когда информацию услышал проходящий мимо человек);
- случаи разглашения определенной части вашей медицинской информации, по которой нельзя непосредственно установить вашу личность, в целях проведения исследований, процедур, связанных с общественным здравоохранением, или наших коммерческих операций;
- случаи разглашения информации представителям федеральных властей для обеспечения национальной безопасности и осуществления разведывательной деятельности;
- случаи разглашения сотрудникам исправительных учреждений или правоохранительных органов информации о лицах, содержащихся в таких учреждениях или взятых под стражу;
- случаи разглашения, имевшие место до 1 сентября 2007 г.

Письменные запросы направляйте по адресу:

***Mount Sinai Privacy Office
One Gustave L. Levy Place, Box 1016
New York, NY 10029***



В вашем запросе должен быть указан период за последние шесть лет, в пределах которого вы бы хотели получить информацию о случаях разглашения. Например, вы можете запросить перечень случаев разглашения, которые имели место с 1 января 2008 г по 1 января 2009 г. Вы имеете право бесплатно получать один перечень каждые 12 месяцев. Однако мы можем попросить вас возместить расходы на предоставление любых дополнительных перечней, повторно запрошенных в течение этих же 12 месяцев. Мы предварительно уведомим вас обо всех сопряженных расходах, чтобы дать вам возможность отозвать или изменить свой запрос.

Как правило, ответ на запрос о предоставлении отчета направляется в течение 60 дней. Если требуется дополнительное время для подготовки запрошенного вами отчета, вам направят письменное уведомление о причинах задержки и сообщат предполагаемую дату получения отчета. В редких случаях может произойти задержка без предварительного уведомления, по распоряжению сотрудников правоохранительных органов или правительственного учреждения.

Право запросить дополнительную защиту конфиденциальной информации

У вас есть право запросить наложение дополнительных ограничений на порядок использования и раскрытия вашей ЗМИ, применяемой с целью лечения, получения оплаты за это лечение или осуществления нашей коммерческой деятельности. Вы также можете запросить наложение ограничений на порядок разглашения информации о вашем лечении. Письменный запрос о наложении ограничений направляйте по адресу:

Mount Sinai Privacy Office, One Gustave L. Levy Pl, Box 1016, NY, NY 10029

Ваш запрос должен содержать следующие данные: (1) распространение и использование какой информации вы бы хотели ограничить; (2) хотите ли вы ограничить порядок использования, порядок разглашения или и то, и другое; (3) кому вы бы хотели ограничить доступ к информации.

Мы не обязаны всегда налагать ограничения по вашему запросу, и в некоторых случаях запрашиваемые ограничения могут противоречить законодательству, но в случае положительного решения мы подчиняемся достигнутому соглашению, за исключением ситуаций, в которых эта информация нужна для оказания экстренной помощи или требуется в законодательном порядке. Однако мы обязаны удовлетворить вашу просьбу, если вы дадите нам указания не разглашать вашей страховой компании определенную ЗМИ, связанную с услугой, которую вы планируете оплатить или оплачиваете лично. Вашей обязанностью, однако, является уведомление других организаций, в которых может иметься копия вашей медицинской карты Mount Sinai, о запрете на разглашение этой информации вашей страховой компании.

Право подать запрос на использование конфиденциальных способов связи

Вы имеете право подать запрос на использование альтернативных способов и мест связи для сообщения вам вашей медицинской информации. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами по домашнему, а не рабочему номеру телефона. Письменный запрос на использование более конфиденциальных способов связи направляйте по адресу:

Mount Sinai Privacy Office—One Gustave L. Levy Place, Box 1016, NY, NY 10029

Причины подачи запроса не уточняются, все разумные просьбы удовлетворяются по мере возможности. В своем запросе просим указать желаемый способ и место связи.

Уведомление о прочих случаях раскрытия

Если ваша ЗМИ была раскрыта или к ней получило доступ лицо, не обладающее соответствующими полномочиями, вы получите уведомление в течение 60 дней, если нами не будет установлено, что вероятность нарушения конфиденциальности ЗМИ мала.

Как подать жалобу. Если вы полагаете, что ваши права на конфиденциальность личной информации были нарушены, вы можете подать жалобу в отдел по работе с конфиденциальной информацией Mount Sinai или ОГП. Чтобы подать жалобу, обращайтесь по адресу:

Mount Sinai Privacy Office - One Gustave L. Levy Place, Box 1016, NY, NY 10029 Department of Health and Human Services/OCR: www.hhs.gov/ocr/hipaa

Ни при каких обстоятельствах вас не накажут и не подвергнут преследованиям за подачу жалобы.



ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАЗГЛАШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ БЕЗ ВАШЕГО ПИСЬМЕННОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Лечение. Мы можем сообщать вашу ЗМИ поставщикам медицинских услуг Mount Sinai, занимающимся вашим лечением, которые, в свою очередь, могут использовать данную информацию для постановки диагноза или назначения лечения. Мы также можем предоставлять доступ к вашей ЗМИ поставщикам медицинских услуг за пределами Mount Sinai через систему обмена медицинской информацией (ОМИ), сети для обмена электронной информацией, но доступ к вашей информации через ОМИ не будет предоставляться без вашего разрешения, за исключением экстренных случаев (если вы не дадите иные указания). Это означает, что, если врач, не имеющий отношения к Mount Sinai, использует систему ОМИ, которой руководит или пользуется Mount Sinai, он (она) смогут иметь доступ к вашей ЗМИ, полученной в процессе любого стационарного или амбулаторного лечения в Mount Sinai. Кроме того, определенная информация о вашем лечении в Mount Sinai может быть автоматически отправлена лицу, обозначенному вами как ваш основной поставщик медицинских услуг, и врачу, направившему вас в Mount Sinai. Если ваш лечащий врач является сотрудником Mount Sinai и использует электронные медицинские карты Mount Sinai (ЭМК) в своем кабинете, любое лицо, оказывающее вам медицинские услуги в Mount Sinai, также сможет получить прямой доступ к записям вашего лечащего врача в медицинской карте. ЗМИ, передаваемая через систему ОМИ, может включать, помимо ваших демографических данных и клинической информации, особо защищенную медицинскую информацию, указанную в приложении А (информация, связанная с ВИЧ), приложении В (информация о лечении от алкогольной или наркотической зависимости), приложении С (информация о психическом здоровье) и приложении D (генетическая информация) настоящего Уведомления. Цель такого использования и разглашения информации другим поставщикам медицинских услуг, не имеющим отношения к Mount Sinai, — гарантировать их доступ к наиболее актуальной и полной информации о лечении, которое вы получили в Mount Sinai. Если вы пользуетесь услугами Mount Sinai Cares, уполномоченной организации по оказанию медицинской помощи Mount Sinai или пансионатов Mount Sinai, сотрудники этих организаций будут иметь доступ к вашей ЗМИ при условии вашего согласия, чтобы координировать оказываемую вам помощь.

Оплата. Мы можем использовать вашу ЗМИ или сообщать ее другим лицам с целью получения оплаты за оказанные вам медицинские услуги. Например, мы можем разглашать вашу информацию вашей медицинской страховой компании, чтобы получить компенсацию за оказанное вам лечение или определить, покрывает ли компенсация лечение. Вы можете дать нам указания не разглашать вашей страховой компании определенную ЗМИ, связанную с услугой, которую вы планируете оплатить или оплачиваете лично. Вашей обязанностью, однако, является уведомление других организаций, в которых может иметься копия вашей медицинской карты Mount Sinai, о запрете на разглашение этой информации вашей страховой компании. Нам может потребоваться сообщить вашей медицинской страховой компании о состоянии вашего здоровья, чтобы получить предварительное разрешение на лечение, например госпитализацию с целью проведения определенной хирургической операции. Наконец, мы можем сообщать вашу ЗМИ другим поставщикам медицинских услуг, плательщикам и их деловым партнерам с целью проведения взаиморасчетов, за исключением случаев, описанных на стр. 5.

Коммерческая деятельность. Мы можем использовать вашу ЗМИ или сообщать ее другим лицам с целью осуществления нашей коммерческой деятельности. Например, мы можем использовать вашу ЗМИ для оценки эффективности работы нашего персонала при оказании вам медицинских услуг, для обучения нашего персонала способам улучшить качество оказываемых вам услуг или в целях организации обучающих программ для студентов, практикантов и других работников здравоохранения. Наконец, мы можем сообщать вашу ЗМИ другим поставщикам медицинских услуг и плательщикам для проведения определенной коммерческой деятельности, если информация связана с существующими или существовавшими отношениями между вами и плательщиком и если поставщик или плательщик обязан защищать неприкосновенность вашей ЗМИ.



Напоминания о приемах, альтернативное лечение, льготы и услуги. В процессе предоставления вам лечения мы можем использовать вашу ЗМИ, чтобы связаться с вами с целью напомнить о назначенном приеме для получения лечения или услуг в нашем учреждении. Мы также можем использовать вашу ЗМИ с целью сообщить информацию о возможном альтернативном лечении или медицинских льготах и услугах, которые могут вас заинтересовать. Если мы получаем вознаграждение за сообщение вам информации о лечении, мы вам об этом скажем, а также предоставим вам право отказаться от получения такой информации.

Привлечение средств. В целях осуществления нашей коммерческой деятельности мы можем использовать ваши демографические данные, к которым относится ваш возраст, дата рождения и пол, место проживания или работы, тип вашего страхового обеспечения, а также ограниченную клиническую информацию, в том числе даты получения вами лечения, отделение и врач, оказавший вам услуги, и информация об исходе, чтобы связаться с вами для привлечения средств на улучшение наших учреждений и программ. Мы не будем продавать вашу ЗМИ без вашего разрешения. Вы в любое время можете отказаться от получения уведомлений о привлечении средств, направив нам электронное письмо по адресу philanthropyoptout@mountsinai.org, позвонив по телефону 212-659-8500 или обратившись с письменным заявлением в отдел по развитию Mount Sinai (Mount Sinai Development Office) по адресу: One Gustave L. Levy Place, Box 1049, New York, N.Y. 10029-6574.

Деловые партнеры (ДП). Мы можем разглашать в минимальных объемах вашу ЗМИ, необходимую подрядчикам, агентам и другим деловым партнерам, которым информация нужна для оказания нам помощи при получении оплаты или осуществлении коммерческой деятельности. Например, мы можем сообщить вашу ЗМИ компании, выставяющей счета, которая помогает нам получать выплаты от вашей страховой компании, или страховой компании, аудиторской фирме, юридической фирме или организации, управляющей рисками, чтобы получить их рекомендации в отношении наших операций. Мы разглашаем вашу ЗМИ только ДП, с которыми у нас имеется письменный договор, требующий от ДП и любых их субподрядчиков защищать неприкосновенность вашей ЗМИ. Они и их субподрядчики также обязаны защищать вашу информацию в соответствии с требованиями Федерального законодательства.

Реестр госпитализированных пациентов. При отсутствии возражений с вашей стороны мы внесем ваше имя, информацию о месте пребывания в нашем учреждении, общие данные о состоянии (*например*, удовлетворительное, стабильное, критическое и т. п.), а также информацию о вашем вероисповедании в наш реестр пациентов на время вашей госпитализации или прохождения амбулаторной хирургии в любом отделении Mount Sinai. Эта информация, за исключением касающейся вашего вероисповедания, может быть разглашена людям, знающим ваше полное имя. При отсутствии возражений с вашей стороны информация о вашем вероисповедании может быть передана служителю церкви, например священнику или раввину, даже если он не знает вашего полного имени. Если вы хотите наложить полный запрет или ограничить доступ к любой части указанной информации, сообщите нам об этом при поступлении или прохождении амбулаторной хирургии в любом учреждении Mount Sinai.

Члены семьи и друзья, принимающие участие в вашем лечении. При отсутствии возражений с вашей стороны мы можем сообщить вашу ЗМИ члену семьи, родственнику или близкому другу, принимающему участие в вашем лечении или оплате этого лечения. В некоторых случаях может потребоваться разглашение вашей ЗМИ организации по оказанию помощи в тяжелых ситуациях, которая поможет нам уведомить указанных лиц.

В соответствии с требованиями законодательства. Мы можем использовать или разглашать вашу ЗМИ, если этого требует законодательство. Мы также уведомим вас о случаях такого использования и разглашения, если законодательство требует отправки уведомления.

Деятельность, связанная с общественным здравоохранением. Мы можем разглашать вашу ЗМИ уполномоченным представителям системы общественного здравоохранения (или зарубежному государственному органу, сотрудничающему с такими представителями) в целях осуществления ими своей деятельности, связанной с общественным здравоохранением. Например, мы можем сообщить вашу ЗМИ государственным служащим, ответственным за контролирование заболеваний, травм или случаев нетрудоспособности. Мы также можем разглашать вашу ЗМИ лицу, которое, возможно, подверглось опасности заражения или риску заразиться либо распространить заболевание, если это разрешено законом. Наконец, мы обязаны разглашать некоторую вашу



ЗМИ вашему работодателю, если ваш работодатель нанял нашу организацию с целью проведения медицинского осмотра, а мы обнаружили у вас травму или болезнь, связанную с выполняемой работой, о которой ваш работодатель обязан знать в целях соблюдения трудового законодательства.

Жертвы жестокого обращения, безнадзорности или насилия в семье. Мы можем разглашать вашу ЗМИ представителю органов общественного здравоохранения, уполномоченному получать информацию о жестоком обращении, безнадзорности или насилии в семье. Например, мы можем сообщить вашу ЗМИ государственным служащим, если у нас есть разумные основания полагать, что вы пострадали в результате жестокого обращения, безнадзорности или насилия в семье. Мы приложим все усилия, чтобы получить ваше разрешение до разглашения такой информации, но в некоторых случаях мы имеем право или обязаны действовать без него.

Надзор за услугами в сфере здравоохранения. Мы можем разгласить вашу ЗМИ государственным органам, уполномоченным проводить аудиты, проверки и инспекции наших учреждений. Эти государственные органы контролируют государственные программы по предоставлению льгот, например Medicare и Medicaid, а также соблюдение государственных нормативных требований и законодательства в области гражданских прав. Мы обязаны предоставлять совокупные данные (обобщенную информацию, по которой нельзя установить личности отдельных пациентов) в федеральные центры по оказанию услуг в рамках Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), чтобы доказать соблюдение нормативных актов по *конструктивному использованию информации* при применении ЭМК в целях повышения качества медицинской помощи, улучшения здоровья населения и увеличения эффективности.

Проверка, ремонт и отзыв продукции. Мы можем разглашать вашу ЗМИ лицу или компании, подчиняющейся Федеральному управлению США по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов, в следующих целях: (1) информирование о дефектах или неисправности продукции или отслеживание их; (2) ремонт, замена или отзыв бракованной или опасной продукции; (3) проверка действия продукции после ее утверждения для массового использования.

Судебные иски и споры. Мы можем разглашать вашу ЗМИ по постановлению суда или органа административной юстиции, в котором рассматривается иск или иной спор.

Деятельность правоохранительных органов. Мы можем разглашать вашу ЗМИ сотрудникам правоохранительных органов по следующим причинам:

- для выполнения постановления суда или соблюдения обязательных к исполнению требований законодательства;
- для оказания помощи сотрудникам правоохранительных органов при идентификации или установлении местонахождения подозреваемого, лица, скрывающегося от правосудия, свидетеля или пропавшего лица;
- если вы стали жертвой преступления и мы полагаем, что: (1) не можем получить ваше согласие из-за экстренной ситуации или вашей неспособности его дать; (2) сотрудники правоохранительных органов нуждаются в данной информации немедленно, чтобы осуществить свои обязанности по поддержанию общественного порядка; (3) с нашей профессиональной точки зрения, информация будет раскрыта данным сотрудникам в ваших интересах;
- если мы подозреваем, что в результате неправомерного поведения наступил смертельный исход;
- если необходимо сообщить о преступлении, которое имело место на принадлежащей нам территории;
- если необходимо сообщить о преступлении, обнаруженном в ходе оказания экстренной медицинской помощи за пределами лечебного учреждения (например, сотрудниками скорой медицинской помощи на месте преступления).

Предотвращение серьезной непосредственной угрозы здоровью или безопасности. Мы можем использовать вашу ЗМИ или при необходимости разглашать ее другим лицам, чтобы предотвратить серьезную непосредственную угрозу вашему здоровью или безопасности либо здоровью или безопасности другого лица или общества. Мы также можем разглашать вашу ЗМИ сотрудникам правоохранительных органов, если вы сообщите нам, что принимали участие в жестоком преступлении, в результате которого, возможно, был причинен серьезный физический вред другому лицу, если мы решим, что вы избежали законного наказания (например, взятия под стражу) или сбежали из психиатрического учреждения.



Охрана национальной безопасности и разведывательная деятельность или охрана личной безопасности.

Мы можем разглашать вашу ЗМИ уполномоченным сотрудникам правоохранительных органов, которые обеспечивают национальную безопасность и осуществляют разведывательную деятельность или обеспечивают личную безопасность Президента или других важных лиц.

Военнослужащие и ветераны. Если вы военнослужащий в вооруженных силах, мы можем разглашать вашу ЗМИ уполномоченным представителям соответствующих командных органов для осуществления деятельности, необходимой в рамках исполняемых ими военных обязанностей. Мы также можем разглашать ЗМИ иностранных военнослужащих соответствующим иностранным военным властям.

Лица, находящиеся в заключении и содержащиеся в исправительных учреждениях. Если вы находитесь в исправительном учреждении или взяты под стражу представителем правоохранительных органов, мы можем раскрыть вашу ЗМИ сотрудникам тюрьмы или сотрудникам правоохранительных органов, если это необходимо для оказания вам медицинской помощи или обеспечения безопасности, охраны и порядка в месте вашего заключения. К этим случаям относится разглашение информации, необходимой для защиты здоровья и безопасности других заключенных или лиц, осуществляющих надзор за заключенными или их перевозку.

Страховые выплаты при несчастном случае на рабочем месте. Мы можем раскрыть вашу ЗМИ для получения вами страховых выплат при несчастном случае на рабочем месте или по аналогичной программе, которая предусматривает льготы при травмах, полученных на работе.

Донорство органов и тканей. Если вы являетесь потенциальным донором органов, мы можем использовать или раскрывать вашу ЗМИ другим организациям, занимающимся поиском или хранением органов, глаз или других тканей с целью установить возможность донорства или трансплантации.

Исследовательские цели. В большинстве случаев перед использованием вашей ЗМИ или разглашением ее другим лицам с целью проведения научно-исследовательской работы у вас будет запрошено письменное разрешение. Однако при некоторых обстоятельствах мы можем использовать и разглашать вашу ЗМИ без вашего письменного разрешения, если экспертный совет организации ISM, применяя особые критерии, установит, что определенный научный протокол представляет минимальный риск для вашей конфиденциальности. Ни при каких обстоятельствах, однако, исследователям не будет разрешено использовать ваше имя или информацию о вашей личности в открытом доступе без вашего разрешения. Мы также можем раскрыть вашу ЗМИ без письменного разрешения людям, которые ведут подготовку научного проекта, если информация, по которой можно установить вашу личность, не выйдет за стены нашего учреждения. ЗМИ может быть разглашена лицам, проводящим научную работу с использованием информации людей, умерших менее 50 лет назад, если они согласны не выносить за стены нашего учреждения какую-либо информацию, по которой можно установить личность умершего.

Информация с полностью или частично скрытыми личными данными.

Мы можем использовать или разглашать вашу медицинскую информацию, если мы удалили всю информацию, по которой можно установить вашу личность; в этом случае считается, что личные данные в медицинской информации скрыты полностью. Мы также можем использовать и разглашать вашу медицинскую информацию с частично скрытыми личными данными в исследовательских целях, целях общественного здравоохранения и оказания особой медицинской помощи, если лицо, получающее информацию, подпишет согласие защищать неприкосновенность информации. Информация с частично скрытыми личными данными не будет прямо указывать на вашу личность, но в нее могут быть включены индекс, дата рождения, дата поступления и выписки.

Случайное раскрытие

Хотя будут предприняты все разумные действия по охране неприкосновенности вашей ЗМИ, раскрытие вашей ЗМИ может неизбежно иметь место в ходе или в результате разрешенного использования или раскрытия вашей ЗМИ. Например, при проведении лечения другие пациенты в лечебном блоке могут увидеть или услышать вашу ЗМИ.



Приложение А

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ВИЧ

Дата вступления в силу: сентябрь 2013 г.

Защита неприкосновенности и конфиденциальности информации, связанной с ВИЧ, в Mount Sinai обеспечивается Федеральным законодательством, а также законодательством и нормативными актами штата. Эти меры защиты выходят за рамки, описанные в основных положениях уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией Mount Sinai (Уведомление). Если у вас имеются какие-либо вопросы в отношении данного Уведомления или вы бы хотели получить дополнительную информацию, обращайтесь в **отдел по защите персональных данных Mount Sinai по телефону 212-241-4669**.

Мы также рекомендуем вам ознакомиться с положениями Уведомления Mount Sinai по использованию и раскрытию вашей защищенной медицинской информации (ЗМИ) в Mount Sinai. При наличии расхождений между текстом Уведомления и текстом данного приложения будут применяться практики защиты, описанные в данном приложении. Конфиденциальная информация, связанная с ВИЧ, — это любая информация о прохождении анализа на ВИЧ (даже при отрицательном результате анализа), наличии ВИЧ или СПИДа, инфекции, связанной с ВИЧ, а также любая информация, по которой можно установить, что вы проходили анализ на ВИЧ или ВИЧ-инфицированы.

По закону штата Нью-Йорк конфиденциальная информация, связанная с ВИЧ, может быть сообщена лицам, имеющим законодательно закрепленное право на нее, или лицам, которым вы в письменной форме предоставили такое право. Раскрытие будет сопровождаться заявлением о том, что информация, связанная с ВИЧ, не может быть раскрыта повторно.

Ваша конфиденциальная информация, связанная с ВИЧ, может быть использована сотрудниками Mount Sinai, нуждающимися в данной информации для предоставления вам непосредственной помощи или лечения, оформления счетов или документов об оплате или для оценки качества оказываемого в больнице лечения (см. Уведомление, стр. 6–7). Как правило, Mount Sinai не имеет права разглашать внешним лицам конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ, которую учреждение получило в ходе прохождения вами лечения, *за исключением следующих случаев*.

- Вы предоставили Mount Sinai письменное разрешение. Внимание! Если вы предоставили письменное разрешение на использование ваших данных в системе обмена медицинской информацией (ОМИ), будет иметься доступ ко всей вашей документации, включая информацию, связанную с ВИЧ. Если вы не согласны на такое раскрытие, не давайте разрешение на использование ваших данных в системе ОМИ.
- Информация раскрывается лицу, уполномоченному принимать медицинские решения от вашего имени, а раскрываемая информация необходима такому лицу для принятия решений.
- Информация раскрывается другому поставщику медицинских услуг или лицу, оплачивающему лечение, либо в целях оплаты лечения.
- Информация раскрывается поставщику медицинских услуг или члену медицинского персонала, работодателю или добровольцу, который подвергся риску заразиться вашим заболеванием в ходе выполнения своих должностных обязанностей при обстоятельствах, способствующих передаче ВИЧ.
- Информация раскрывается третьей стороне, нуждающейся в ней для предоставления вам ухода или лечения, деловому партнеру, нуждающемуся в этой информации для оказания нам помощи в получении оплаты или при осуществлении нашей коммерческой деятельности, или для контроля или оценки качества лечения, предоставляемого в Mount Sinai. В этих случаях между Mount Sinai и третьей стороной заключено соглашение, обеспечивающее защиту вашей конфиденциальной информации, связанной с ВИЧ, в соответствии с требованиями Федерального закона о конфиденциальности и законов и нормативных актов штата, и заявление, запрещающее повторное раскрытие информации, не требуется.
- Раскрытие информации требуется в законодательном порядке или в соответствии с предписанием суда.
- Информация раскрывается организации, занимающейся поиском органов для трансплантации.



- Вы получаете услуги в рамках программы, контролируемой Федеральным государственным органом, государственным органом штата или региональным органом, и информация разглашается такому государственному органу или иному сотруднику или агенту органа для целей осуществления надзора, контроля, управления или оказания услуг в рамках программы.
- В соответствии с требованиями Федерального закона или закона штата Mount Sinai обязана разглашать информацию сотрудникам органов здравоохранения.
- Раскрытие осуществляется с целью охраны здоровья населения.
- Вы являетесь заключенным в исправительном учреждении, и раскрытие конфиденциальной информации, связанной с ВИЧ, начальнику медицинской службы такого учреждения необходимо для выполнения им или ей своих обязанностей.
- Пациент скончался, и информация раскрывается сотруднику бюро ритуальных услуг, ответственному за заботу об останках умершего и имеющему доступ к конфиденциальной информации, связанной с ВИЧ, содержащейся в свидетельстве о смерти, в процессе выполнения рутинных действий.
- Информация раскрывается, чтобы сообщить о жестоком обращении с ребенком или безнадзорности ребенка в соответствующие органы штата или региональные органы.

Нарушение учреждением этих положений о конфиденциальности может повлечь за собой административные или уголовные наказания. Обо всех подозрениях на случаи нарушения можно сообщать соответствующим властям, согласно Федеральному закону и закону штата. Чтобы подать жалобу, отправьте по почте заполненный бланк DOH-2865 (жалоба на предполагаемое нарушение статьи 27-F), имеющийся на веб-сайте DOH (<http://www.health.ny.gov>), по адресу:

NYS Department of Health/AIDS Institute/Special Investigation Unit
5 Penn Plaza
New York, New York 10001

Дополнительная информация содержится в полном тексте Уведомления Mount Sinai.

Приложение В

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧЕНИИ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ ИЛИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Дата вступления в силу: сентябрь 2013 г.

Защита конфиденциальности документации с информацией о лечении от алкогольной или наркотической зависимости в Mount Sinai обеспечивается Федеральным законодательством, а также законодательством и нормативными актами штата. Эти меры защиты выходят за рамки, описанные в уведомлении о порядке обращения с конфиденциальной информацией Mount Sinai (Уведомление). *Если у вас имеются какие-либо вопросы в отношении данного Уведомления или вы бы хотели получить дополнительную информацию, обращайтесь в **отдел по защите персональных данных Mount Sinai по телефону 212-241-4669.***

Мы также рекомендуем вам ознакомиться с положениями Уведомления Mount Sinai по использованию и раскрытию вашей защищенной медицинской информации (ЗМИ) в Mount Sinai. В Уведомлении Mount Sinai содержится информация о том, как можно получить доступ к вашей ЗМИ, в том числе к документации по лечению от алкогольной и наркотической зависимости. При наличии расхождений между текстом Уведомления и текстом данного приложения будут применяться практики защиты, описанные в данном приложении, а не указанные в Уведомлении. Конфиденциальная документация по лечению от алкогольной и наркотической зависимости включает любую информацию, по которой можно установить, что вам был поставлен диагноз, проведено лечение или выдано направление на лечение от алкогольной, наркотической или химической зависимости.

Информация о вас может быть использована сотрудниками Mount Sinai при выполнении ими своих обязанностей, чтобы поставить вам диагноз, назначить лечение или направить на лечение от алкогольной или наркотической зависимости (см. Уведомление, стр. 6). В таких случаях информация будет сведена до минимума, необходимого для выполнения сотрудниками своих обязанностей. Как правило, Mount Sinai не разглашает сторонним лицам информацию, по которой можно установить, что вы проходите лечение от алкогольной или наркотической зависимости, за исключением следующих случаев.



- Mount Sinai получила от вас письменное разрешение. Внимание! Если вы предоставили письменное разрешение на использование ваших данных в системе обмена медицинской информацией (ОМИ), будет иметься доступ ко всей вашей документации, включая информацию, связанную с наличием алкогольной и наркотической зависимости. Если вы не согласны на такое раскрытие, не давайте разрешение на использование ваших данных в системе ОМИ.
- Информация раскрывается в соответствии с постановлением суда, согласно требованиям Федерального закона о конфиденциальности и законов и нормативных актов штата.
- Информация раскрывается медицинскому персоналу в ходе оказания экстренной медицинской помощи.
- Информация раскрывается без вашего письменного разрешения квалифицированным исследователям, если исследовательская деятельность представляет минимальный риск для вашей конфиденциальности. Если это требуется по закону, мы получим согласие исследователя на защиту неприкосновенности и конфиденциальности вашей информации.
- Информация раскрывается квалифицированной организации, предоставляющей определенные медицинские услуги (например, проведение лабораторных анализов) или деловому партнеру (ДП), нуждающемуся в ней для оказания нам помощи в получении выплаты или при осуществлении нашей коммерческой деятельности. Mount Sinai получит от квалифицированной организации, предоставляющей услуги, или от ДП письменное согласие на защиту неприкосновенности и конфиденциальности вашей информации, в соответствии с Федеральным законодательством и законодательством штата.
- Информация раскрывается правительственному органу или другим квалифицированным негосударственным служащим с целью проведения аудита или оценки работы Mount Sinai. Mount Sinai получит от любых негосударственных служащих письменное согласие на защиту неприкосновенности и конфиденциальности вашей информации, в соответствии с Федеральным законодательством и законодательством штата.
- Информация раскрывается с целью сообщить о преступлении, совершенном пациентом в Mount Sinai или в отношении сотрудника Mount Sinai, а также о любой угрозе совершить такое преступление.
- Информация раскрывается коронерам и судебно-медицинским экспертам, чтобы установить причины наступления смерти.
- Информация раскрывается, чтобы сообщить о жестоком обращении с ребенком или безнадзорности ребенка в соответствующие органы штата или региональные органы, согласно требованиям законодательства.

Нарушение данных положений о конфиденциальности является преступлением. Обо всех подозрениях на случаи нарушения можно сообщать соответствующим властям, согласно Федеральному закону и закону штата.

Дополнительная информация содержится в полном тексте Уведомления Mount Sinai.

Приложение С **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ** **И ЗАМЕТОК ПСИХОТЕРАПЕВТА**

Дата вступления в силу: сентябрь 2013 г.

Защита конфиденциальности информации о психическом здоровье и заметок психотерапевта в Mount Sinai обеспечивается Федеральным законодательством, а также законодательством и нормативными актами штата. Эти меры защиты выходят за рамки, описанные в уведомлении о порядке обращения с конфиденциальной информацией Mount Sinai (Уведомление). *Если у вас имеются какие-либо вопросы в отношении данного Уведомления или вы бы хотели получить дополнительную информацию, обращайтесь в **отдел по защите персональных данных Mount Sinai по телефону 212-241-4669.***

Мы также рекомендуем вам ознакомиться с положениями Уведомления Mount Sinai по использованию и раскрытию вашей защищенной медицинской информации (ЗМИ) в Mount Sinai. В Уведомлении также указано, как вы можете получить доступ к вашей ЗМИ, в том числе информации о психическом здоровье. При наличии расхождений между текстом Уведомления и текстом данного приложения будут применяться практики защиты, описанные в данном приложении, а не указанные в Уведомлении.



КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ

Информация о вашем психическом здоровье может использоваться сотрудниками Mount Sinai в связи с предоставлением вам лечения, получением оплаты за это лечение или проведением коммерческой деятельности Mount Sinai (см. Уведомление, стр. 6–7). Как правило, Mount Sinai не может разглашать информацию о вашем психическом здоровье сторонним лицам за пределами Mount Sinai, *за исключением следующих случаев.*

- Mount Sinai получила от вас письменное разрешение. Внимание! Если вы предоставили письменное разрешение на использование ваших данных в системе обмена медицинской информацией (ОМИ), будет иметься доступ ко всей вашей документации, включая информацию о психическом здоровье. Если вы не согласны на такое раскрытие, не давайте разрешение на использование ваших данных в системе ОМИ.
- Личному представителю, уполномоченному принимать медицинские решения от вашего имени.
- Государственным органам или частным страховым компаниями для получения оплаты за предоставленные вам услуги.
- Квалифицированной организации, предоставляющей определенные медицинские услуги (например, проведение лабораторных анализов) или деловому партнеру (ДП), нуждающемуся в ней для оказания нам помощи в получении оплаты или при осуществлении нашей коммерческой деятельности. Mount Sinai получит от квалифицированной организации, предоставляющей услуги, или от ДП письменное согласие на защиту неприкосновенности и конфиденциальности вашей информации в соответствии с Федеральным законодательством и законодательством штата.
- Для выполнения постановления суда.
- Соответствующим лицам, способным предотвратить серьезную непосредственную угрозу вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности другого лица.
- Соответствующим государственным органам с целью установления местонахождения пропавшего лица или проведения криминального расследования в соответствии с Федеральным законом и законом штата о конфиденциальности.
- Другим лицензированным поставщикам неотложной медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом и законом штата о конфиденциальности.
- Юридической службе по обеспечению психической гигиены штата Нью-Йорк.
- Поверенным, представляющим пациентов в случае принудительной госпитализации.
- Уполномоченным государственным служащим в целях контроля или оценки качества медицинского ухода, предоставляемого больницей или ее персоналом.
- Квалифицированным исследователям без вашего письменного разрешения, если исследовательская деятельность представляет минимальный риск для неприкосновенности вашей конфиденциальной информации.
- Коронерам и судебно-медицинским экспертам, чтобы установить причины наступления смерти.
- Исправительному учреждению, в котором вы содержитесь, при условии подтверждения, что информация необходима для оказания вам медицинских услуг или для защиты вашего здоровья и безопасности или здоровья и безопасности любых других лиц, находящихся в исправительном учреждении.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ЗАМЕТОК ПСИХОТЕРАПЕВТА

Заметки психотерапевта — это записи, сделанные квалифицированным специалистом по психическим расстройствам, который документирует или анализирует содержание разговора в ходе индивидуального сеанса либо групповой, совместной или семейной терапии. Если эти заметки хранятся отдельно от вашей остальной медицинской документации, они могут быть использованы и раскрыты только следующим образом.

Как правило, заметки психотерапевта не могут быть использованы или разглашены без вашего письменного разрешения какими-либо лицами, кроме квалифицированного специалиста по психическим расстройствам, создавшего их, при следующих обстоятельствах.



- Для предоставления вам дальнейшего лечения.
- Студентам, стажерам или практикующим специалистам в области психического здоровья, которые проходят курс контролируемого обучения с целью использовать или улучшить свои навыки в области групповой, совместной, семейной или индивидуальной терапии.
- С целью защитить себя или Mount Sinai в процессуальных действиях, инициированных вами или вашим личным представителем.
- В соответствии с требованиями законодательства.
- Соответствующим государственным органам с целью предотвратить серьезную непосредственную угрозу вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности другого лица.
- Министерству здравоохранения и социального обеспечения США, если этот орган запрашивает данную информацию с целью проверить соблюдение специалистом по психическим расстройствам или Mount Sinai Федеральных законов и постановлений о неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности.
- Судебно-медицинским экспертам и коронерам при необходимости установить причину наступления смерти.
- Надзорному органу в области здравоохранения для законных целей, связанных с проверкой работы специалиста по психическим расстройствам.

Все другие случаи использования и разглашения записок психотерапевта требуют вашего особого письменного разрешения. Дополнительная информация содержится в полном тексте Уведомления Mount Sinai.

Приложение D

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Дата вступления в силу: сентябрь 2013 г.

Защита неприкосновенности и конфиденциальности генетической информации в Mount Sinai обеспечивается Федеральным законодательством, а также законодательством и нормативными актами штата. Под генетической информацией в отношении отдельного лица понимаются: (1) индивидуальные генетические анализы; (2) генетические анализы членов семьи данного лица; (3) проявления болезни или расстройства у членов семьи данного лица или (4) любые запросы на проведение или проведение генетических обследований либо участие лица или любого члена семьи данного лица в клинических исследованиях, предполагающих проведение генетических обследований. Эти меры защиты выходят за рамки, описанные в основных положениях уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией Mount Sinai (Уведомление). *Если у вас имеются какие-либо вопросы в отношении данного Уведомления или вы бы хотели получить дополнительную информацию, обращайтесь в **отдел по защите персональных данных Mount Sinai по телефону 212-241-4669.***

Мы также рекомендуем вам ознакомиться с положениями Уведомления Mount Sinai по использованию и раскрытию вашей защищенной медицинской информации (ЗМИ) в Mount Sinai. В Уведомлении Mount Sinai также указано, как можно получить доступ к вашей ЗМИ, в том числе конфиденциальной генетической информации.

По закону штата Нью-Йорк (ШНЙ), особые ограничения налагаются на (1) генетические анализы человеческих биологических образцов и (2) раскрытие любой личности или организации информации, полученной в ходе генетических анализов. Генетический анализ — это любое лабораторное исследование ДНК, хромосом, генов или продуктов гена с целью установления генетических вариантов, вызывающих предрасположенность к генетическому заболеванию. Сюда не относится информация, связанная с проявляющимся заболеванием (заболеванием, которое можно диагностировать на основании симптомов) или информация, полученная при подтверждении заболевания посредством генетического анализа. Mount Sinai не проводит генетический анализ



биологических образцов, взятых у вас, если вы не предоставили Mount Sinai свое письменное информированное согласие, в соответствии с законом ШНЙ. Имея ваше информированное согласие, Mount Sinai может использовать результаты ваших генетических анализов для лечения, оплаты и оказания медицинской помощи (см. Уведомление, стр. 6–7). Все другие случаи использования или разглашения результатов ваших генетических анализов требуют вашего письменного разрешения. Это разрешение дается отдельно и не может быть включено в форму информированного согласия. Разрешение не требуется в следующих случаях.

- Информация раскрывается лицу, уполномоченному принимать медицинские решения от вашего имени, а раскрываемая информация необходима такому лицу для принятия решений.
- Информация раскрывается квалифицированной организации, предоставляющей определенные медицинские услуги (например, проведение лабораторных анализов) или деловому партнеру (ДП), нуждающемуся в ней для оказания нам помощи в получении выплаты или при осуществлении нашей коммерческой деятельности. Mount Sinai получит от квалифицированной организации, предоставляющей услуги, или от ДП письменное согласие на защиту неприкосновенности и конфиденциальности вашей информации в соответствии с Федеральным законодательством и законодательством штата.
- Раскрытие информации требуется или разрешено в законодательном порядке или в соответствии с предписанием суда.
- Экспертный совет организации Mount Sinai принял решение разрешить раскрытие информации, полученной в результате проведения генетических анализов ваших сохраненных образцов, или информации, связывающей вашу личность с результатами специфических анализов, и вы подписали либо форму разрешения на проведение исследовательской деятельности, либо форму согласия на разглашение генетической информации в соответствии с Гражданским кодексом штата Нью Йорк § 79-1 (3) (a) и 79-1 (9) (d)].

Если вы предоставили письменное разрешение на использование ваших данных в системе обмена медицинской информацией (ОМИ), будет иметься доступ ко всей вашей документации, включая генетическую информацию. Если вы не согласны на такое раскрытие, не давайте разрешение на использование ваших данных в системе ОМИ.

Нарушение Mount Sinai этих положений о конфиденциальности может повлечь за собой административные или уголовные наказания. Обо всех подозрениях на случаи нарушения можно сообщать соответствующим властям согласно Федеральному закону и закону штата.

Дополнительная информация содержится в полном тексте Уведомления Mount Sinai.



О доверенности на принятие медицинских решений

Доверенность на принятие медицинских решений является важным юридическим документом в штате Нью-Йорк. Прежде чем поставить свою подпись, вы должны понимать следующее.

1. Данная форма дает назначенному вами в качестве вашего агента лицу право принимать за вас все медицинские решения, в том числе решение о прекращении или предоставлении лечения, поддерживающего жизнь, если иное не указано в данной форме. «Медицинские решения» означает все решения в отношении лечения, услуг или процедур по диагностике или лечению вашего физического или психического заболевания.
2. Если ваш агент не знает ваши желания в отношении искусственного введения питания и жидкости (пища, вводимая через зонд или внутривенную магистраль), он или она не может дать согласие или отказ на применение этих мер в вашем отношении.
3. **Назначение агента по принятию медицинских решений — добровольная процедура. Никто не вправе потребовать от вас назначить агента.**
4. Ваш агент начнет принимать за вас решения, как только ваш врач установит, что вы не в состоянии принимать медицинские решения самостоятельно.
5. Вы можете привести в данной форме любые примеры нежелательных видов лечения и (или) те виды лечения, которые вы бы обязательно хотели получать. Для ограничения способности агента принимать решения могут быть приведены инструкции. Ваш агент обязан следовать вашим инструкциям при принятии решений за вас.
6. Вам не требуются услуги адвоката для заполнения данной формы.
7. В качестве своего агента вы можете назначить любое взрослое (в возрасте 18 лет или старше) лицо, в том числе члена семьи или близкого друга. Если в качестве агента вы выберете врача, он или она должны выбрать роль вашего агента или роль вашего лечащего врача, поскольку лечащий врач не может одновременно являться агентом. Кроме того, если вы являетесь пациентом или проживаете в больнице, доме престарелых или учреждении по обеспечению психической гигиены, есть особые ограничения в отношении работников данного учреждения. Попросите сотрудников учреждения разъяснить вам эти ограничения.
8. Прежде чем назначить кого-либо в качестве своего медицинского агента, обсудите свои желания и эту форму с ним (с ней), чтобы удостовериться, что он (она) хочет выступать в роли вашего представителя. В случае получения согласия предоставьте ему (ей) подписанную копию доверенности на принятие медицинских решений. Против вашего медицинского агента не может быть возбуждено судебное дело в связи с медицинскими решениями, принятыми из добрых побуждений.
9. Если в качестве вашего медицинского представителя был (-а) назначен (-а) ваш (-а) супруг (-а), а впоследствии вы развелись или официально разошлись, то по закону ваш (-а) бывший (-ая) супруг (-а) больше не может выступать в роли вашего агента. Если вы хотите, чтобы ваш (-а) бывший (-ая) супруг (-а) остался (-ась) вашим агентом, вы можете указать это в действующей форме и проставить дату, а можете заполнить новую форму.
10. У вас есть право самостоятельно принимать медицинские решения, пока вы в состоянии делать это, даже после подписания данной формы. Лечение не может быть предоставлено вам или прекращено, если вы возражаете, и ваша доверенность не будет обладать никакой юридической силой в отношении принятия медицинских решений за вас.
11. Вы можете в любое время отозвать свою доверенность, в устной или письменной форме уведомив вашего агента или поставщика медицинских услуг.
12. Вы можете указать свои желания или дать инструкции в отношении донорства органов и (или) тканей в данной форме.



Инструкции по заполнению доверенности на принятие медицинских решений

Пункт 1.

Укажите полное имя, домашний адрес и номер телефона лица, выбранного вами в качестве вашего агента.

Пункт 2.

Если вы хотите назначить еще одного альтернативного агента, укажите полное имя, домашний адрес и номер телефона лица, выбранного вами в качестве вашего альтернативного агента.

Пункт 3.

Ваша доверенность на принятие медицинских решений остается в силе без ограничения срока действия, если вы не укажете срок действия или условие истечения срока действия. Данный раздел является необязательным и заполняется только в том случае, если вы хотите, чтобы ваша доверенность на принятие медицинских решений имела срок действия.

Пункт 4.

Если у вас имеются особые инструкции для вашего агента, укажите их здесь. Кроме того, если вы хотите каким-либо образом ограничить полномочия вашего агента, вы можете указать это здесь или обсудить ограничения с вашим медицинским агентом. Если вы не указываете каких-либо ограничений, ваш агент сможет принимать любые медицинские решения, на принятие которых имели право вы, в том числе решение о согласии или отказе на предоставление лечения, поддерживающего жизнь.

Если вы хотите предоставить своему агенту более широкие полномочия, вы можете указать это в данной форме. Просто напишите:

Я обсудил (-а) свои желания с моим медицинским агентом и альтернативным лицом, и они знают мои желания, включая те, что касаются искусственного введения питания и жидкости.

Если вы хотите дать более четкие инструкции, вы можете написать следующее.

Если я заболею неизлечимым заболеванием, я хочу/не хочу получать следующие виды лечения... Если я впаду в кому или буду плохо понимать реальность без надежды на выздоровление, то я хочу/не хочу получать следующие виды лечения:...

Я обсудил (-а) с моим агентом свои желания в отношении _____, и я хочу, чтобы мой агент принимал (-а) все решения в отношении этих мер.

Примеры видов лечения, в отношении которых вы можете захотеть дать своему агенту особые инструкции, перечислены ниже. Список не полный:

- искусственное дыхание;
- искусственное введение питания или жидкости (пища и вода, вводимые через зонд);
- сердечно-легочная реанимация (СЛР);
- антипсихотические препараты;
- электрошоковая терапия;
- антибиотики;
- хирургические операции;
- диализ;
- трансплантация;
- переливание крови;
- аборт;
- стерилизация.

Пункт 5.

Вы должны подписать и датировать доверенность на принятие медицинских решений. Если вы не можете поставить подпись самостоятельно, вы можете попросить кого-нибудь подписать доверенность в вашем присутствии. Не забудьте указать ваш адрес.

Пункт 6.

Вы можете указать свои желания или дать инструкции в отношении донорства органов и (или) тканей в данной форме. По закону штата Нью-Йорк некоторым лицам разрешается давать согласие на донорство органов и (или) тканей от вашего имени (перечислены в порядке убывания приоритета): вашему медицинскому агенту, агенту умершего, вашему (-ей) супругу (-е), если вы не находитесь в официальном разводе, или вашему (-ей) гражданскому (-ой) супругу (-е), сыну или дочери в возрасте 18 лет или старше, любому из ваших родителей, брату или сестре в возрасте 18 лет или старше, опекуну, назначенному судом до смерти донора.

Пункт 7.

Данную форму доверенности на принятие медицинских решений должны подписать два свидетеля в возрасте 18 лет или старше. Лицо, назначенное вашим агентом или альтернативным агентом, не может подписывать документ в качестве свидетеля.



Краткий обзор политики в отношении предварительных медицинских указаний

Наша политика — уважать решения пациента, получающего медицинскую помощь, в том числе решения принять или отклонить медицинское или хирургическое лечение, а также уважать предварительные медицинские указания пациента, в том числе прижизненные завещания, доверенности на принятие медицинских решений и устные заявления, в пределах, разрешенных законодательством. **Копии нашей политики в отношении доверенностей на принятие медицинских решений, политики в отношении отказа от реанимации и политики в отношении устных и письменных предварительных медицинских указаний могут быть получены по запросу.** Мы просим всех пациентов или членов их семей обсудить эти вопросы с лечащим врачом.

Ваше право на принятие решений в отношении лечения: взрослые лица в штате Нью-Йорк имеют право принять или отклонить медицинское лечение, в том числе лечение, поддерживающее жизнь. Данное право защищает наша Конституция и законы штата. Это означает, что у вас есть право попросить лечение или согласиться на него, отказаться от лечения до его начала и прекратить лечение после его начала.

Предварительное планирование: возможно, вы будете не в состоянии обсудить с врачом курс лечения из-за внезапного заболевания или травмы. При отсутствии предварительного планирования члены семьи или другие близкие родственники, возможно, не смогут принять за вас решения и исполнить ваши желания. Поэтому, возможно, вы захотите провести предварительное планирование, чтобы гарантировать исполнение ваших желаний в отношении лечения даже в случае вашей неспособности принять решение самостоятельно.

В штате Нью-Йорк наилучший способ защитить свои желания в отношении лечения и обезопасить себя — назначить лицо, которому вы можете доверить принятие медицинских решений, если вы не в состоянии сделать это самостоятельно. Вы можете назначить агента, заполнив форму доверенности на принятие медицинских решений. Копия данной формы прилагается на стр. 42 настоящего руководства, а релевантная информация содержится на стр. 8–9.

Если вы не можете или не хотите назначить медицинского представителя, вы можете также дать предварительные инструкции в отношении своего лечения. Эти инструкции могут быть даны в письменной форме и часто называются «прижизненное завещание». ***Вы должны понимать, что общие инструкции об отказе от лечения, даже если они представлены в письменной форме, могут быть недействительны.*** Ваши инструкции должны четко описывать медицинские решения, которые необходимо принять. Например, недостаточно просто написать, что вы не хотите «чрезвычайных мер». Вы должны указать, какие виды лечения неприемлемы для вас, например респиратор или химиотерапия, а также описать медицинское состояние, при котором вы отказываетесь от лечения, например в случае смертельной болезни или постоянного бессознательного состояния без надежды на излечение. Вы также можете дать инструкции в устной форме, обсудив ваши желания в отношении лечения с вашим врачом, членами семьи или другими близкими людьми.

Хотя надежнее оформить ваши желания в письменном виде, ни один из способов не является таким же эффективным, как назначение лица, принимающего решения за вас. Людям зачастую тяжело заранее знать, что произойдет с ними или какое лечение им может потребоваться в будущем. Если вы назначите лицо, принимающее решения за вас, это лицо при необходимости сможет поговорить с вашим врачом и принять решение, которое приняли бы вы, или наилучшее для вас. Назначив агента, вы можете оставить дальнейшие инструкции в отношении вашего лечения в виде прижизненного завещания, доверенности на принятие медицинских решений или другим образом. Эти инструкции также могут помочь вашему агенту принять за вас правильное решение.

Решения в отношении сердечно-легочной реанимации: в числе прочих прав вы обладаете правом принимать решение в отношении сердечно-легочной реанимации (СЛР). СЛР — это экстренный способ заставить ваше сердце и легкие работать в случае остановки дыхания или циркуляции крови.

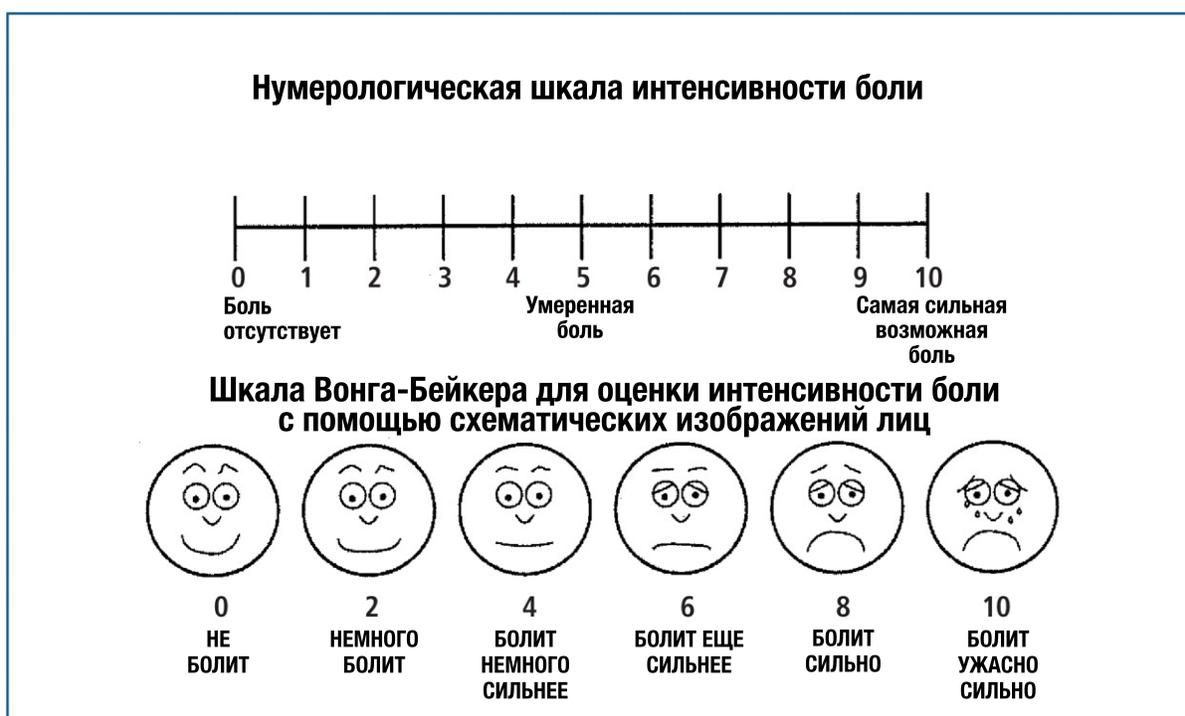
Иногда врачи и пациенты заранее решают, что СЛР применяться не будет, и доктор дает распоряжение медицинскому персоналу не реанимировать пациента (распоряжение об отказе от реанимации). Если ваше физическое или психическое состояние не позволяет вам принять решение в отношении СЛР, назначенное вами лицо, члены вашей семьи или другие близкие вам лица могут сделать это за вас. Вы можете взять брошюру о СЛР и ваших правах в соответствии с законом штата Нью-Йорк у своего поставщика медицинских услуг.

Информация для пациента по снятию боли

В Mount Sinai прилагаются все усилия, чтобы распознать боль и избавить вас от нее с помощью эффективного применения лекарственных препаратов и методов лечения, обеспечивающих наилучший результат. Однако как пациент вы лучше других понимаете свою боль и располагаете ценной информацией в отношении вашей боли, которую вы можете сообщить медицинскому персоналу.

Всегда говорите своему врачу, медсестре или другим членам медицинского персонала, если вы чувствуете боль. Не бойтесь попросить обезболивающее. Многие люди испытывают беспокойство по поводу возможного формирования зависимости, однако зависимость не возникает в большинстве случаев, и препараты можно и нужно принимать для снятия болевого синдрома. Хотя мы полагаем, что снятие боли является важным аспектом выздоровления, вы должны откровенно поговорить со своими врачами и медсестрами, если возможное формирование зависимости вызывает у вас беспокойство.

Наши медсестры и врачи зададут вопросы об интенсивности (насколько сильная), локализации и типе (пульсирующая, жгучая и ноющая) испытываемой боли. Пациента часто просят оценить интенсивность боли с помощью шкалы боли. Шкала боли — это оценочный инструмент, позволяющий понять вашу боль и определить эффективность лекарственных препаратов и (или) лечения. В шкале используются цифры от 0 (боль отсутствует) до 10 (самая сильная возможная боль) или схематические изображения лиц, показывающих интенсивность боли.



Важно контролировать боль, чтобы вы чувствовали себя комфортно и у вас были силы на выздоровление. Мы знаем, что пациенты, у которых болевой синдром хорошо контролируется, как правило, выздоравливают быстрее и чувствуют себя лучше. Мы предлагаем вам различные способы предотвратить боль и справиться с ней. Вот некоторые из них.

- пероральные обезболивающие препараты (пилюли) или кожные пластыри;
- внутримышечные инъекции обезболивающих препаратов;
- внутривенные инъекции обезболивающих препаратов;
- обезболивающие препараты, вводимые через систему PCA (Patient Controlled Analgesia — контролируемая пациентом анальгезия) — это устройство, содержащее обезболивающий препарат, на котором имеется кнопка; нажав на кнопку, вы можете ввести себе обезболивающие, когда вам нужно (в количестве, установленном врачом);
- местная анестезия и препараты, вводимые в спинной мозг — способ обезболивания, при котором местные анестезирующие препараты и (или) обезболивающие вводятся в спинной мозг или другую область, чтобы облегчить боль или на некоторое время «заморозить» часть тела;
- есть также способы, способные помочь облегчить боль, но не связанные с введением лекарственных препаратов: релаксация, горячие или холодные компрессы, отдых, метод глубокого дыхания, правильная поза на кушетке или на стуле, а также действие отвлекающих раздражителей — музыки, телевизионных программ, посетителей.

Вне зависимости от применяемого способа обезболивания вам нужно помнить следующее.

- Обсудите способы справиться с болью с вашими поставщиками медицинских услуг. Проинформируйте их о ваших аллергических реакциях, предыдущих случаях использования обезболивающих, других лекарственных препаратах, которые вы принимаете и о вашем анамнезе.
- Расскажите персоналу, насколько сильную боль вы испытываете. Проинформируйте их, что помогает облегчить боль, а что усугубляет ее.
- Попросите обезболивающее, когда оно вам нужно или до того, как приступить к деятельности, которая может причинить боль; не ждите, пока боль станет слишком сильной или выйдет из-под контроля.
- Обезболивающим препаратам нужно время, чтобы подействовать. Спросите у медицинского персонала, когда наступит облегчение.
- Отдыхайте, глубоко дышите и используйте другие немедикаментозные способы справиться с болью.
- Расскажите медицинскому персоналу, как вы себя чувствуете. Проинформируйте, действует ли назначенная обезболивающая терапия и насколько она эффективна. Обратитесь к персоналу в случае появления какого-либо неожиданного или неприятного эффекта обезболивающей терапии.

Ваш поставщик медицинских услуг знает, как оценить вашу боль и справиться с ней. Если у вас имеются какие-либо вопросы или вам нужна дополнительная информация, поговорите с врачом или медсестрой.



Насилие в семье — уведомление о правах жертвы

Уведомление о правах жертвы было разработано, чтобы проинформировать жертв насилия в семье об их законных правах и возможностях, предусмотренных законодательством. Если вы являетесь жертвой насилия в семье, вы можете в приватной обстановке обсудить ситуацию с работником социальной службы или с кем-то, кто сможет вам помочь. Разговор с вами должен состояться в приватной обстановке, не предполагающей присутствие какого-либо сопровождающего лица. **Ваши права как пациента будут нарушены, если медицинский персонал больницы спросит у вас, являетесь ли вы жертвой насилия в семье в присутствии любого сопровождающего вас лица или члена семьи.**

Если вы являетесь жертвой насилия в семье

Полиция может помочь:

- добраться в безопасное место, где вы не будете подвергаться насилию;
- получить информацию о способах защиты вас от насилия в судебном порядке
- получить лечение от травм, полученных вами или вашими детьми;
- получить из дома необходимые вам и вашим детям вещи;
- получить копии полицейских отчетов о насилии;
- подать жалобу в уголовный суд, а также получить информацию о месте расположения районного уголовного и семейного суда.

Суд может помочь:

- если лицо, причинившее вам вред или угрожавшее вам, является членом вашей семьи или вторым родителем вашего совместного ребенка, вы имеете право обратиться в уголовный суд, в семейный суд или в оба суда одновременно;
- если вы и лицо, посягнувшее на вашу безопасность, не связаны семейными узами, никогда не вступали в брак, не имеете общего ребенка, то вы имеете право обратиться только в уголовный суд;
- формы, которые вам нужно заполнить, можно получить в семейном или уголовном суде;
- суды могут принять решение о выдаче временного ордера на защиту вас, ваших детей и любых свидетелей, которые могут его запросить;
- семейный суд может назначить юриста, который поможет вам вести дело в суде, если будет установлено, что вы не имеете материальной возможности оплачивать его услуги;
- Семейный суд может назначить временную выплату пособия на ребенка и временно установить опеку над вашими детьми.

Закон штата Нью-Йорк гласит: «Если вы являетесь жертвой насилия в семье, вы можете попросить официальное лицо обеспечить безопасность вам и вашим детям, в том числе предоставить вам информацию о порядке получения временного ордера на защиту. Вы также можете попросить официальное лицо помочь вам забрать свои личные вещи и доставить вас или организовать ваш совместный переезд с детьми в безопасное место в пределах юрисдикции данного официального лица, включая, помимо прочего, место, предусмотренное программой по борьбе с насилием в семье, место жительства члена семьи или друга или аналогичное безопасное место. Если юрисдикция официального лица выходит за пределы одного округа, вы можете попросить официальное лицо доставить вас или организовать ваш совместный переезд с детьми в безопасное место в округе, в котором имело место действие насильственного характера. Если вы или ваши дети нуждаетесь в медицинском лечении, у вас есть право попросить официальное лицо оказать вам помощь в получении такого лечения. Вы также можете попросить сотрудника правоохранительных органов бесплатно предоставить вам копию любого отчета о происшествии».



«Вы имеете право обратиться за юридической помощью к выбранному вами лицу и, если дело ведется в семейном суде и установлено, что вы не имеете материальной возможности нанять защитника, вам будет назначен бесплатный защитник ваших интересов. Вы можете попросить окружного прокурора или представителя правоохранительных органов подать заявление о возбуждении уголовного дела. Вы также имеете право обратиться с жалобой в семейный суд, если вы стали жертвой неправомерного поведения со стороны члена семьи. Вы имеете право подать жалобу и запрос о предоставлении ордера на защиту в день вашего визита в суд, и такая просьба должна быть удовлетворена в тот же день или на следующий день заседания суда. Любой суд может выдать ордер на защиту от неправомерного поведения со стороны члена семьи, в котором может быть, помимо прочего, запрет на общение ответчика или подзащитного с вами или вашими детьми. Семейный суд также может назначить временную выплату пособия на ребенка и временно установить опеку над вашими детьми. Если семейный суд не заседает, вы можете получить немедленную помощь в вопросе получения ордера на защиту от уголовного суда. Формы, которые вам необходимы, чтобы получить ордер на защиту, имеются в семейном суде и в окружном уголовном суде. Информацию о насилии в семье, лечении травм и безопасных местах и укрытиях можно получить, позвонив по одному из следующих 800 номеров. Подача заявления о возбуждении уголовного дела или жалобы в семейный суд, содержащих заведомо ложные обвинения является преступлением».

**Закон об общественном здравоохранении 2803(l)(h)
Отрывки из документа отдела здравоохранения штата Нью-Йорк
«Ваши права как пациента больницы штата Нью-Йорк».**



Насилие в семье — уведомление для внутриутробных пациентов и рожениц

Данное уведомление содержит информацию, которая представляет для вас значимость, если вы являетесь жертвой насилия в семье. Если вы являетесь жертвой насилия в семье, вам следует с кем-либо обсудить ситуацию и получить данную информацию приватным образом в конфиденциальной обстановке. Ваши права как пациента будут нарушены, если медицинский персонал больницы спросит у вас, являетесь ли вы жертвой насилия в семье в присутствии любого сопровождающего вас лица или члена семьи.

Вы и ваш ребенок в безопасности?

Если вы подвергаетесь насилию в семье, то, возможно, что нет. Вот несколько вопросов, которые помогут вам установить, что с вами жестоко обращаются.

1. Ваш партнер обижает вас словесно?
2. Ваш партнер оскорбляет вас и заставляет чувствовать свою никчемность?
3. Ваш партнер унижает вас в присутствии других людей?
4. Ваш партнер причиняет вам физическую боль?
5. Ваш партнер толкает, бьет ладонью, бьет кулаком, бьет ногами, душит или избивает вас?
6. Ваш партнер против вашей воли заставляет вас выполнять действия сексуального характера или причиняет вам боль во время половых отношений?
7. Ваш партнер контролирует все?
8. Ваш партнер определяет, кого вы можете или не можете навещать и с кем вы можете или не можете вести беседу?
9. Ваш партнер полностью контролирует семейный бюджет?
10. Вы боитесь своего партнера?
11. Ваш партнер выходит из себя, теряет терпение, сильно ревнует или ломает предметы?
12. Ваш партнер угрожает причинить боль вам, вашим детям, домашним питомцам или себе?

Жертвы насилия в семье не всегда страдают от физических действий. Если вы ответили положительно на любой из вопросов выше, вы, возможно, подвергаетесь насилию. Вы и ваши дети можете быть в опасности.

Вы не одиноки.

Вы не виноваты.

Вы не заслуживаете жестокого обращения.

Вы знаете, что иногда насилие в семье начинается или приобретает большие масштабы во время беременности?

И при этом страдаете не только вы.

- Вероятность выкидыша, инфекций, кровотечения, анемии и других проблем со здоровьем выше у женщины, подвергающейся жестокому обращению во время беременности. Это может сказаться и на ней, и на ее ребенке.
- Риск рождения ребенка с низкой массой тела возрастает вдвое.
- Большинство мужчин, избивающих партнерш, избивают также их детей. Некоторые также посягают на сексуальную неприкосновенность ребенка.
- Дети, отцы которых избивают матерей, страдают от проблем со здоровьем, проблем со сном, чувства злости, вины, страха и беспокойства.
- Каждый год более 1000 детей в США умирают от травм, нанесенных родителями, опекунами или другими лицами.

Вы и ваш ребенок не заслуживаете такого обращения.

У вас есть право на безопасность.

Помощь можно получить.



Какого рода помощь вам нужна? В большинстве районов предоставляются услуги, перечисленные ниже. Все, что вы скажете, является конфиденциальной информацией.

- Горячие линии. Консультант поговорит с вами по телефону и сообщит вам информацию или просто выслушает вас. Он или она также скажет, куда при желании вы можете позвонить или пойти, чтобы получить дополнительную помощь. Телефоны горячих линий указаны ниже.
- Группы поддержки. Вы можете поговорить с другими женщинами, которые уже прошли через то же, что и вы (группа поддержки). Это поможет вам не чувствовать себя одинокой, вы сможете обменяться своими соображениями и информацией о безопасности.
- Услуги для детей. Многие программы оказывают консультативные услуги и поддержку детей, чтобы помочь им понять, что происходит. Это дает детям шанс поговорить о своих чувствах.
- Защита интересов и другие услуги. Вам могут помочь разобраться в «системе». В роли помощника выступает защитник интересов жертвы насилия в семье. Услуги защитника часто включают юридические советы и консультации, помощь в получении медицинского обслуживания, места проживания, работы и социальных услуг.
- Полиция и суды. Полиция может во многом помочь вам, например, доставить вас и вашего ребенка в безопасное место в случае необходимости. Семейные и уголовные суды могут выдать вам ордер на защиту или назначить опеку, право посещения или выплату пособия на ребенка.
- Убежище. В большинстве округов имеются убежища и приюты, где вы можете остаться со своими детьми. В убежище вам смогут помочь получить многие из перечисленных выше услуг.

Вы важны.

Женщины не заслуживают жестокого обращения.

Никто об этом не просит, никто не должен жить в страхе. Ваша обязанность — обеспечить своим детям и себе безопасную жизнь.

Вы не одиноки.

Помощь можно получить.

Горячие линии штата Нью-Йорк

**Для взрослых жертв насилия в семье
(без перерывов и выходных):
На английском языке: 1-800-942-6906
На испанском языке: 1-800-942-6908**

**Национальный комитет по
предотвращению
насильственных действий в
отношении детей
1-800-342-7472**

**Предотвращение преступления и
помощь родителям**

**Отдел по работе с детьми и семьями
1-800-342-3720**

**Чтобы сообщить о насильственных
действиях в отношении ребенка**



Информационный бюллетень о системе обмена медицинской информацией Mount Sinai и Healthix

Информация о пациенте в системе ОМИ Mount Sinai и Healthix, а также процедура согласия.

- 1. Порядок использования вашей информации.** В соответствии с законодательством штата Нью-Йорк и Федеральным законодательством ваша электронная медицинская информация может использоваться лицами, имеющими доступ к системам ОМИ и Healthix, в следующих целях.
 - Для предоставления вам медицинского лечения и связанных с ним услуг.
 - Для проверки наличия у вас медицинской страховки и объема страхового покрытия.
 - Для управления оказанием медицинского ухода. К данному виду деятельности относится оказание вам помощи в получении соответствующего медицинского лечения, улучшение качества предоставляемых вам медицинских услуг, координирование условий многочисленных предоставляемых вам медицинских услуг или оказание вам поддержки при соблюдении плана лечения.
 - Осуществление деятельности по улучшению качества. К данному виду деятельности относится оценка и улучшение качества медицинской помощи (и связанных с ней услуг), оказываемой вам, а также всем пациентам Mount Sinai, а также пользователям Healthix и задействованным организациям.

ПРИМЕЧАНИЕ. Сделанный вами выбор **НЕ** позволяет медицинским страховым компаниям иметь доступ к вашей информации с целью принятия решения о предоставлении вам медицинского страхования или оплате ваших счетов. Вы можете сделать этот выбор в отдельной форме согласия, которую обязаны использовать медицинские страховые компании.

- 2. Какие типы вашей информации включены.** Если вы дадите согласие, пользователи системы ОМИ смогут иметь доступ ко всей вашей электронной медицинской информации, имеющейся в системе ОМИ Mount Sinai, у работников, агентов и членов медицинского персонала. Mount Sinai может получить доступ ко всей вашей электронной медицинской информации, имеющейся в системе Healthix. Данная информация включает ту, что была создана до и после даты подписания данной формы согласия. Ваша медицинская документация может содержать историю болезней или полученных травм (например, информацию о диабете или переломе), результаты анализов (например, рентгенографического обследования или анализов крови) и перечень препаратов, которые вы принимали. Данная информация может содержать упоминание об особо важных медицинских состояниях, в том числе, помимо прочего:

• о злоупотреблении алкоголем или наркотиками;	• состоянии психического здоровья;
• применяемых методах контрацепции и абортах (планировании семьи);	• ВИЧ/СПИД;
• генетических (наследственных) заболеваний или анализах;	• заболеваниях, передающиеся половым путем.

- 3. Откуда поступает ваша медицинская информация.** Ваша информация поступает из мест получения вами медицинской помощи или медицинского страхования («Источники информации»). К ним могут относиться больницы, врачи, аптеки, клинические лаборатории, медицинские страховые организации, программа Medicaid и прочие медицинские организации, которые обмениваются медицинской информацией с помощью электронных средств связи. Полный список актуальных Источников информации системы ОМИ можно получить в Mount Sinai или от вашего поставщика медицинских услуг, являющегося пользователем системы ОМИ, если применимо. Вы можете получить обновленный список Источников информации в любое время, просмотрев страницу ОМИ веб-сайта Mount Sinai <http://www.mountsinainconnect.org>. Вы также можете обратиться в отдел по защите персональных данных в системе ОМИ Mount Sinai, направив письмо по адресу: HIPAA Compliance Office, The Mount Sinai medical Center, 1 Gustave L. Levy Place, Box 1016, New York, NY 10029, или позвонив по телефону: 212-241-4669. Полный список актуальных Источников информации системы Healthix можно получить в Healthix или в любое время на веб-сайте Healthix по адресу <http://healthix.org> либо позвонив в Healthix по телефону 877-695-4749.

4. **Если вы дадите согласие, вы можете получить доступ к вашей информации.** Только следующим людям разрешен доступ к вашей информации: врачам и другим поставщикам медицинских услуг из числа медицинского персонала уполномоченного пользователя системы ОМИ Mount Sinai или Healthix, занимающимся вашим лечением; поставщикам медицинских услуг, выполняющим функции или замещающим уполномоченного пользователя системы ОМИ Mount Sinai или Healthix; персоналу, в обязанности которого входит улучшение качества или управление оказанием медицинского ухода; членам персонала уполномоченного пользователя системы ОМИ Mount Sinai или Healthix, реализующим деятельность, разрешенную данной формой согласия, в порядке, описанном в предыдущем абзаце.
5. **Наказание за неправомотный доступ к вашей информации или ее использование.** За неправомотный доступ к вашей электронной медицинской информации или ее использование предусмотрены наказания. В любое время, если вас беспокоит, что какое-либо лицо, которое не должно было ознакомиться с вашей информацией или получить доступ к ней, сделало это посредством системы ОИМ Mount Sinai, позвоните одному из уполномоченных вами пользователей системы ОМИ, зайдите на веб-сайт системы ОМИ Mount Sinai, расположенный по адресу <http://www.mountsinainconnect.org>, свяжитесь с отделом по защите персональных данных в системе ОМИ Mount Sinai по вышеуказанному адресу и номеру телефона, позвоните в отдел здравоохранения ШНЙ по телефону 977-6902211 или обратитесь в федеральный отдел по защите гражданских прав по адресу www.hhs.gov/ocr/hipaa.gov. Если ваше беспокойство касается доступа к вашей информации через систему Healthix, обратитесь в Healthix по телефону 877-695-4749, посетите веб-сайт Healthix <http://www.healthix.org> или позвоните в отдел здравоохранения ШНЙ по телефону 877-690-2211.
6. **Повторное раскрытие информации.** Любая ваша электронная медицинская информация может быть повторно раскрыта пользователями системы ОМИ Mount Sinai или Healthix только в пределах, разрешенных Федеральным законодательством и законами и нормативными актами штата. Это также относится к вашей медицинской информации, представленной в бумажной форме. Как указано в пункте 2 выше, если вы дадите свое согласие, ВСЯ ваша электронная медицинская информация, включая медицинскую информацию особой важности, будет доступна через систему ОМИ Mount Sinai и Healthix. Некоторые законы штата и Федеральные законы предусматривают особую защиту определенных видов медицинской информации особой важности, в том числе информации, связанной с (1) вашим обследованием, лечением или анализом состояния здоровья определенными поставщиками услуг; (2) ВИЧ/СПИДом; (3) психическими заболеваниями; (4) умственной отсталостью и пороками развития; (5) злоупотреблением веществами; (6) генетическими анализами. Эти особые требования к защите должны соблюдаться в случае получения данных видов медицинской информации особой важности. Система ОМИ Mount Sinai, Healthix и лица, получающие доступ к этой информации через системы обмена, должны подчиняться данным требованиям.
7. **Срок действия.** Данная форма согласия действует в отношении системы ОМИ Mount Sinai до момента отзыва вашего согласия или до момента прекращения работы системы ОМИ Mount Sinai, либо, в отношении системы Healthix, через десять (10) лет с даты подписания или до момента прекращения работы системы Healthix, по дате более раннего события.
8. **Отзыв своего согласия.** Вы можете в любое время отозвать данное согласие, подписав форму отзыва согласия и передав ее в Mount Sinai. Вы также можете в любое время изменить выбранные вами пункты согласия, подписав новую форму согласия. Эти формы можно получить на веб-сайте системы ОМИ Mount Sinai по адресу www.mountsinainconnect.org. Заполнив формы, отправьте их по факсу 212-831-6001 или передайте своему поставщику услуг. **Примечание. В период действия вашего согласия организации, включая поставщиков услуг, имеющие доступ к вашей информации через систему ОМИ Mount Sinai и (или) Healthix, могут копировать или включать вашу медицинскую информацию в свой документооборот. Даже если вы впоследствии примете решение отозвать свое согласие, они не обязаны вернуть информацию или изъять ее из своей документации.**
9. **Экземпляр формы.** Вы имеете право на получение экземпляра данной формы согласия после ее подписания.

Приложения и глоссарий



Приложение А. Беспокойства, проблемы и жалобы в отношении вашей больницы

Если у вас имеются беспокойства, проблемы или жалобы, связанные с каким-либо аспектом медицинского ухода, полученного вами во время пребывания в больнице, поговорите с вашим врачом, медсестрой или членом персонала больницы. Если персонал больницы не смог решить проблему, вы можете обратиться в отдел здравоохранения штата Нью-Йорк или в объединенный комитет по электронной почте или по телефону.

Отдел здравоохранения штата Нью-Йорк

Вы можете позвонить по бесплатному номеру 1-800-804-5447 или составить жалобу в письменной форме и направить ее по адресу:

New York State Department of Health
Centralized Hospital Intake Program
Mailstop: CA/DCS
Empire State Plaza
Albany, NY 12237

Вопросы или комментарии: hospinfo@health.state.ny.us

Объединенный комитет:

One Renaissance Blvd
Oakbrook Terrace, IL 60181
1-800-994-6610

Или через веб-сайт по адресу: jointcommission.org

**Отрывки из документа отдела здравоохранения штата Нью-Йорк,
«Ваши права как пациента больницы штата Нью-Йорк».**



Приложение В. Если вы полагаете, что вас выписывают из больницы преждевременно

У вас есть право оспаривать решения вашего врача, персонала больницы или ваш план организации медицинского обслуживания в следующих случаях:

- в отношении даты вашей выписки;
- если вы полагаете, что вас выписывают преждевременно;
- если вы полагаете, что вам не предоставили правильный или соответствующий план оказания медицинского ухода или других услуг, которые вам могут понадобиться после выписки из больницы;
- если отсутствуют необходимые вам услуги.

Согласно законодательству, вы должны получить предварительное **письменное** уведомление, в котором будет указано следующее:

- дата вашей выписки, планируемая врачом и (или) персоналом больницы;
- порядок обращения при наличии желания остаться в больнице;
- номер телефона, по которому можно позвонить при возникновении каких-либо проблем, связанных с выпиской из больницы.

Чтобы получить помощь

В вашем районе имеется независимый эксперт (НЭ), услуги которого предусмотрены вашей страховкой. Если вам понадобится помощь НЭ, больница предоставит вам номер телефона/данные контактного лица.

Только для пациентов программы Medicare

Если вам кажется, что вас преждевременно выписывают из больницы, и вы не получили предварительное уведомление с указанием даты выписки, попросите выдать вам уведомление о выписке (оно называется «Важная информация о ваших правах от Medicare»). Если вы участник плана организации медицинского обслуживания (Healthcare Maintenance Organization, НМО), вам также следует запросить документ «Важная информация о ваших правах от Medicare». У вас должно иметься указанное письменное уведомление о выписке, чтобы оспорить решение врача или больницы в отношении даты вашей выписки.

Только для участников плана организации медицинского обслуживания

Если вы участвуете в плане НМО или плане организации медицинского обслуживания и чувствуете, что ваши льготы несправедливо ограничиваются или ущемляются, вас преждевременно выписывают из больницы или неправомочно исключают необходимые медицинские услуги из вашего плана, сначала обратитесь с запросом/подайте срочную жалобу в экспертный комитет по использованию плана. Если вы не удовлетворены ответом на данный запрос, вы можете обратиться в отдел здравоохранения штата Нью-Йорк по телефону **1-800-206-8125**.



Приложение С. Конфиденциальность генетической информации

Защита неприкосновенности и конфиденциальности генетической информации в Mount Sinai обеспечивается Федеральным законодательством, а также нормативными актами штата. Под генетической информацией в отношении отдельного лица понимаются: (1) индивидуальные генетические анализы; (2) генетические анализы членов семьи этого лица; (3) проявления болезни или расстройства у членов семьи данного лица; (4) любые запросы на проведение или проведение генетических обследований либо участие лица или любого члена семьи данного лица в клинических исследованиях, предполагающих проведение генетических обследований. Эти меры защиты выходят за рамки, описанные в основных положениях уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией Mount Sinai (Уведомление). *Если у вас имеются какие-либо вопросы в отношении данного уведомления или вы бы хотели получить дополнительную информацию, обращайтесь*

в отдел по защите персональных данных Mount Sinai по телефону 212-241-4669

Мы также рекомендуем вам ознакомиться с положениями Уведомления по использованию и раскрытию вашей защищенной медицинской информации (ЗМИ) в Mount Sinai. В Уведомлении также указано, как можно получить доступ к вашей ЗМИ, в том числе конфиденциальной генетической информации. По закону штата Нью-Йорк (ШНЙ) особые ограничения налагаются на (1) генетические анализы человеческих биологических образцов и (2) раскрытие информации, полученной в ходе генетических анализов, любой личности или организации. Генетический анализ — это любое лабораторное исследование ДНК, хромосом, генов или продуктов гена с целью установления генетических вариантов, вызывающих предрасположенность к генетическому заболеванию. Сюда не относится информация, связанная с проявляющимся заболеванием (заболеванием, которое можно диагностировать на основании симптомов) или информация, полученная при подтверждении заболевания посредством генетического анализа.

Mount Sinai не проводит генетический анализ биологических образцов, взятых у вас, если вы не предоставили Mount Sinai свое письменное информированное согласие, в соответствии с законом ШНЙ. Имея ваше информированное согласие, Mount Sinai может использовать результаты ваших генетических анализов для лечения, оплаты и оказания медицинской помощи. Все другие случаи использования или разглашения результатов ваших генетических анализов требуют вашего письменного разрешения. Это разрешение дается отдельно и не может быть включено в форму информированного согласия.

Разрешение не требуется в следующих случаях.

- Информация раскрывается лицу, уполномоченному принимать медицинские решения от вашего имени, а раскрываемая информация необходима такому лицу для принятия решений.
- Информация раскрывается квалифицированной организации, предоставляющей определенные медицинские услуги (например, проведение лабораторных анализов) или деловому партнеру (ДП), нуждающемуся в ней для оказания нам помощи в получении выплаты или при осуществлении нашей коммерческой деятельности. Mount Sinai получит от квалифицированной организации, предоставляющей услуги, или от ДП письменное согласие на защиту неприкосновенности и конфиденциальности вашей информации в соответствии с Федеральным законодательством и законодательством штата.
- Раскрытие информации требуется или разрешено в законодательном порядке или в соответствии с предписанием суда.
- Экспертный совет организации Mount Sinai принял решение разрешить раскрытие информации, полученной в результате проведения генетических анализов ваших сохраненных образцов, или информации, связывающей вашу личность с результатами специфических анализов, и вы подписали либо форму разрешения на проведение исследовательской деятельности, либо форму согласия на разглашение генетической информации, в соответствии с Гражданским кодексом штата Нью Йорк § 79-1 (3) (a) и 79-1 (9) (d).

Если вы предоставили письменное разрешение на использование ваших данных в системе обмена медицинской информацией (ОМИ), будет иметься доступ ко всей вашей документации, включая генетическую информацию. Если вы не согласны на такое раскрытие, не давайте разрешение на использование ваших данных в системе ОМИ. Нарушение Mount Sinai этих положений о конфиденциальности может повлечь за собой административные или уголовные наказания. Обо всех подозрениях на случаи нарушения можно сообщать соответствующим властям согласно Федеральному закону и закону штата.

Дополнительная информация содержится в полном тексте Уведомления Mount Sinai.

Глоссарий

1. **Доверенность на принятие медицинских решений.** В штате Нью-Йорк существует закон, разрешающий вам назначить доверенное лицо, например, члена семьи или близкого друга, в качестве вашего медицинского агента, который сможет принимать решения в отношении вашего лечения, если вы будете не в состоянии сделать это самостоятельно. Вы можете воспользоваться данной доверенностью, чтобы указать свои желания в отношении донорства органов в случае вашей смерти.
2. **Нарушение медицинских прав.** Если вы чувствуете, что врач или помощник врача предоставили вам медицинское обслуживание низкого или ненадлежащего качества (была проявлена некомпетентность, халатность или фальсификация), вы можете подать жалобу в отдел здравоохранения штата Нью-Йорк. Врачи другие работники системы здравоохранения по закону обязаны сообщать о любых подозреваемых нарушениях.
3. **Организация медицинского обслуживания** — это порядок организации и оплаты медицинских услуг пациентом (или членом семьи). Хотя самыми известными планами организации медицинского обслуживания являются НМО (организации по предоставлению медицинских услуг), существует много других видов. Если вы участвуете в планах организации медицинского обслуживания, ваш доступ к медицинским услугам координируется планом и (или) основным лечащим врачом. Таким образом, вы должны понимать, как, где и когда вы можете получить доступ к медицинским услугам, в том числе к больничным услугам, в соответствии со своим планом и льготами. Внимательно ознакомьтесь с условиями своего плана и задайте вопросы представителю своего плана, чтобы правильно понимать свои льготы, права и обязанности.
4. **Отказ от реанимации.** По вашему запросу в вашу медицинскую карту может быть включен отказ от реанимации. В соответствии с ним медицинский персонал не должен пытаться реанимировать вас в случае остановки дыхания или сердцебиения. Это означает, что врачи, медсестры и другие медицинские специалисты не должны проводить такие процедуры оказания экстренной помощи, как дыхание «рот в рот», непрямой массаж сердца, шоковая терапия и интубация дыхательных путей, инъекция медицинского препарата в сердце или прямой массаж сердца. По закону штата Нью-Йорк, все взрослые пациенты могут отказаться от реанимации устно или письменно в присутствии двух свидетелей. Кроме того, закон о доверенности на принятие медицинских решений позволяет вам назначить лицо, принимающее решения в отношении реанимации и других видов лечения, если вы не в состоянии сделать это.
5. **План выписки.** Все пациенты (в том числе пациенты Medicare) больниц штата Нью-Йорк должны получить план выписки в письменной форме до того, как они покинут больницу. В этом плане должно содержаться описание всех медицинских услуг, которые вам могут понадобиться после выписки из больницы. Необходимые услуги, описанные в данном плане, должны быть зарезервированы для вас или быть вам доступны до вашей выписки из больницы.
6. **Планирование выписки.** Планирование выписки — это процесс, посредством которого персонал больницы совместно с вами, вашей семьей или лицом, действующим от вашего имени, предпринимает необходимые меры для оказания вам медицинских услуг после выписки из больницы. Это может быть самостоятельный медицинский уход, уход со стороны членов семьи, медицинская помощь на дому или госпитализация в другое медицинское учреждение. Планирование выписки включает установление и оценку ваших предполагаемых нужд после выписки, а также планирование способа удовлетворения этих нужд. План должен быть предоставлен вам в письменной форме до выписки из больницы. Планирование выписки, как правило, проводится с участием пациента, членов семьи пациента или лица, уполномоченного действовать от вашего имени, вашего врача и члена медицинского персонала больницы. В некоторых больницах имеется особый персонал, проводящий планирование выписки. В других больницах помощь при планировании выписки оказывает медсестра или социальный работник.

7. **Предварительные медицинские указания.** Устное или письменное описание ваших желаний в отношении лечения в случае заболевания или травмы, из-за которых вы не сможете принимать решения о медицинском уходе. Сюда могут относиться, помимо прочего, доверенность на принятие медицинских решений, отказ от реанимации и прижизненное завещание.
8. **Представитель пациента** — это член персонала больницы, служащий связующим звеном между пациентом, семьей, врачами и другим персоналом больницы. Представитель пациента обязан отвечать на вопросы о больничных процедурах, помогать в удовлетворении особых нужд или разрешении беспокойств, а также способствовать решению проблем. Представитель пациента ознакомлен со всеми услугами, предоставляемыми больницей, и может вам помочь. За услуги представителя пациента плата не взимается.
9. **Прижизненное завещание** — это письменный документ, содержащий ваши особые инструкции и решения в отношении отдельных видов медицинского лечения и определенных медицинских состояний. Прижизненные завещания могут свидетельствовать о ваших желаниях (если они выражены ясно и убедительно), если вы серьезно больны и не можете разговаривать.
10. **Сердечно-легочная реанимация (СЛР).** Медицинская процедура, используемая с целью заставить сердце и легкие пациента работать в случае остановки дыхания или кровообращения.
11. **Уведомление о выписке.** В уведомлении о выписке из больницы штата Нью-Йорк должна быть указана дата выписки, а также порядок обращения в случае несогласия с уведомлением. Уведомление о выписке должно быть предоставлено всем пациентам (за исключением пациентов Medicare, которые получают экземпляр документа «Важная информация от Medicare») в письменной форме за 24 часа до выписки из больницы. Пациенты Medicare должны запросить письменное уведомление о выписке, если они не согласны с выпиской. Уведомление предоставляется по запросу. После предоставления уведомления может быть рассмотрена жалоба в случае несогласия пациента Medicare с ним.
12. **Medicaid** — это федеральная программа, финансируемая федеральным правительством, руководством штата или муниципальными властями, предназначенная для обеспечения доступа малообеспеченных лиц, в частности, отвечающих определенным критериям, например, имеющим соответствующий уровень дохода, к медицинским услугам.
13. **Medicare** — это федеральная программа, проводимая федеральным правительством, в рамках которой частично оплачивается стоимость медицинских услуг, оказываемых лицам в возрасте 65 лет и старше или нетрудоспособным лицам. Критерии участия в программе — возраст или нетрудоспособность.

**Отрывки из документа отдела здравоохранения штата Нью-Йорк
«Ваши права как пациента больницы штата Нью-Йорк»**



Форма доверенности на принятие медицинских решений в штате Нью-Йорк

(1) Я, _____
настоящим назначаю _____
(полное имя, домашний адрес, номер телефона)

своим медицинским агентом, который будет принимать всякие и все медицинские решения salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera. Este poder entrará en vigencia únicamente en el momento en que yo no esté en capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica.

(2) Дополнительно: альтернативный агент

Если назначенное мной лицо не в состоянии, не желает или не может действовать в качестве моего медицинского агента, настоящим я назначаю

(полное имя, домашний адрес, номер телефона)

своим медицинским агентом, который будет принимать всякие и все медицинские решения за меня, если я не укажу иное.

(3) Если я не отзыва данную доверенность и не укажу дату истечения срока действия или условие, при котором она потеряет силу, она будет действовать бессрочно. (Дополнительно: если вы хотите обозначить предел срока действия данной доверенности, укажите дату или условие истечения срока действия здесь.) Срок действия данной доверенности истекает (укажите дату или условия):

(4) Дополнительно: я поручаю своему медицинскому агенту принимать медицинские решения в соответствии с моими желаниями и ограничениями, о которых он или она проинформированы или которые указаны ниже. (Если вы хотите ограничить полномочия вашего агента в отношении принятия медицинских решений за вас или дать особые инструкции, вы можете указать ваши желания или ограничения здесь.) Я поручаю своему медицинскому агенту принимать медицинские решения в соответствии со следующими ограничениями и (или) инструкциями (при необходимости приложите дополнительные страницы): _____

Чтобы ваш агент мог принимать за вас медицинские решения в отношении искусственного введения питания или жидкости (пища и вода, вводимые через зонд и внутривенную магистраль), он (она) должны в разумных пределах знать ваши желания. Вы можете либо рассказать своему агенту о ваших желаниях, либо указать их в данном разделе. Ознакомьтесь с инструкциями по языковым оборотам, которые можно использовать, если вы хотите включить свои желания в данную форму, в том числе ваши желания в отношении искусственного введения питания или жидкости.



(5) Ваши идентификационные данные *(укажите печатными буквами)*

Ваше полное имя _____

Ваша подпись _____ Дата _____

Ваш адрес _____

(6) Необязательно: донорство органов и (или) тканей

Настоящим я даю согласие на донорство следующих органов в случае моей смерти (отметьте нужное):

- Все необходимые органы и (или) ткани
- Следующие органы и (или) ткани _____
- Ограничения _____

Если вы не укажете свои желания и не дадите инструкций в отношении донорства органов и (или) тканей в данной форме, это не будет считаться отказом от донорства и не мешает лицу, уполномоченному законом, согласиться на донорство от вашего имени.

Ваша подпись _____ Дата _____

(7) Заявление свидетелей *(свидетель должен быть в возрасте 18 лет или старше и не может быть основным или альтернативным медицинским агентом)*

Я заявляю, что лицо, подписавшее данный документ, знакомо мне лично, находится в здравом уме и действует добровольно. Он или она подписал (-а) (или попросил (-а) другое лицо подписать за него или за нее данный документ в моем присутствии.

Дата _____ Дата _____

Полное имя свидетеля 1 *(печатными буквами)* _____ Полное имя свидетеля 2 *(печатными буквами)* _____

Подпись _____ Подпись _____

Адрес _____ Адрес _____



Форма согласия на использование системы обмена медицинской информацией Mount Sinai (ОМИ) и Healthix

Система обмен медицинской информацией Mount Sinai («ОМИ Mount Sinai») и Healthix — это электронный надежный способ сообщить информацию о здоровье пациента, чтобы улучшить качество медицинских услуг. Такой способ обмена информацией называется «электронное здоровье» или информационные технологии в здравоохранении («ИТ в здравоохранении»). Дополнительная информация об ИТ в здравоохранении, используемых в штате Нью-Йорк, содержится в брошюре «Чем больше информации, тем лучше обслуживание (на англ. языке)». Вы можете получить ее у своего поставщика медицинских услуг или на веб-сайте www.ehealth4ny.org.

В данной форме согласия вы можете разрешить или не разрешить поставщикам медицинских услуг, указанным на веб-сайте ОМИ Mount Sinai www.mountsinainconnect.org («Пользователи системы ОМИ»), получать доступ к вашей медицинской документации через компьютерную сеть, которую использует система ОМИ Mount Sinai. Это может помочь собрать разрозненную медицинскую документацию, создававшуюся в местах оказания вам медицинских услуг, и предоставить ее в электронной форме поставщику, занимающемуся вашим лечением. Список пользователей системой ОМИ будет регулярно обновляться.

Вы также можете использовать данную форму согласия для предоставления или непредоставления сотрудникам, агентам или членам медицинского персонала больницы Mount Sinai и Школы медицины Икана при Mount Sinai (вместе именуется «Mount Sinai») права на просмотр и доступ к вашим электронным медицинским документам через Healthix (систему обмена медицинской информацией) или региональную организацию по медицинской информации (Regional Health Information Organization, RHIO) — некоммерческую организацию, признанную в штате Нью-Йорк. Это также может помочь собрать разрозненную медицинскую документацию, создававшуюся в местах оказания вам медицинских услуг, и предоставить ее в электронной форме поставщику, занимающемуся вашим лечением. Посредством данной формы согласия вы предоставляете любой программе системы Mount Sinai, в которой вы являетесь пациентом, право получать доступ к вашей документации, созданной другими поставщиками медицинских услуг, уполномоченными раскрывать информацию через систему Healthix. Полный список актуальных Источников информации системы Healthix можно получить в Healthix или в любое время на веб-сайте Healthix по адресу <http://healthix.org>, либо позвонив в Healthix по телефону 877-695-4749. По вашей просьбе ваш поставщик медицинских услуг распечатает для вас этот список с веб-сайта Healthix.

ВАШЕ ЖЕЛАНИЕ ИЛИ НЕЖЕЛАНИЕ ДАТЬ СОГЛАСИЕ НЕ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОТКАЗА В МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ ИЛИ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВОМ ПОКРЫТИИ.

ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАТЬ ИНФОРМАЦИЮ, ИЗЛОЖЕННУЮ В ПРИЛАГАЕМОМ ИНФОРМАЦИОННОМ БЮЛЛЕТЕНЕ, КОТОРЫЙ СОСТАВЛЯЕТ ЧАСТЬ ДАННОЙ ФОРМЫ СОГЛАСИЯ, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПРИНЯТЬ РЕШЕНИЕ.

Возможные варианты. Вы можете заполнить данную форму сейчас или в будущем. Вам предлагаются следующие варианты: просим поставить отметку в графе 1 или графе 2.

1. Я ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ТО, ЧТОБЫ ВСЕ пользователи системы ОМИ, перечисленные на сайте ОМИ Mount Sinai, имели доступ ко ВСЕЙ моей электронной медицинской информации через систему ОМИ Mount Sinai, и я ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ТО, ЧТОБЫ ВСЕ сотрудники, агенты и члены медицинского персонала Mount Sinai имели доступ ко ВСЕЙ моей электронной медицинской информации через систему HEALTHIX для ее использования в любых разрешенных целях, описанных в информационном бюллетене, в том числе для оказания мне каких-либо медицинских услуг, включая экстренную помощь.

2. Я НЕ ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ТО, ЧТОБЫ КАКИЕ-ЛИБО пользователи системы ОМИ, перечисленные на сайте ОМИ Mount Sinai, имели доступ к моей электронной медицинской информации через систему ОМИ Mount Sinai, и я НЕ ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ТО, ЧТОБЫ КАКИЕ-ЛИБО сотрудники, агенты и члены медицинского персонала Mount Sinai имели доступ к КАКОЙ-ЛИБО моей электронной медицинской информации через систему HEALTHIX для ее использования в любых целях, даже при необходимости оказания экстренной медицинской помощи.

Примечание. ЕСЛИ ВЫ НЕ ПОСТАВИТЕ ОТМЕТКУ В ГРАФЕ «Я НЕ ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ», то по закону штата Нью-Йорк поставщики медицинских услуг имеют право в случае оказания вам экстренной медицинской помощи получить доступ к вашей медицинской документации, в том числе к той, что имеется в системе ОМИ Mount Sinai и Healthix. ЕСЛИ ВЫ НЕ ВЫБЕРЕТЕ НИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ, доступ к документации будет предоставлен только в случае крайней необходимости в порядке, разрешенном применимым законом.

Полное имя пациента печатными буквами

Дата рождения пациента

Подпись пациента или законного представителя пациента

Дата

Полное имя законного представителя печатными буквами
(если применимо)

Кем законный представитель приходится пациенту
(если применимо)



Лист уведомления амбулаторного пациента

Я подтверждаю, что получил (-а) следующие уведомления и формы, в соответствии с Федеральными законами и нормативными актами штата, если применимо.

- Перечень прав пациента в штате Нью-Йорк
- Перечень прав родителей в штате Нью-Йорк
- Обязанности пациента
- Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией
- Форма согласия на использование системы обмена медицинской информацией (ОМИ) Mount Sinai и Healthix
- Важная информация о ваших правах от Medicare
- Доверенность на принятие медицинских решений штата Нью-Йорк
- Краткий обзор политики в отношении предварительных медицинских указаний
- Информация для пациента по снятию боли
- Приложение и глоссарий

Своей подписью ниже я подтверждаю, что мне был предоставлен экземпляр вышеупомянутых уведомлений и приложений, если применимо, и, таким образом, сообщено о моих правах и обязанностях как пациента, любых возможностях, доступных мне в отношении предварительных медицинских указаний, порядке использования и раскрытия моей медицинской информации больницей и учреждениями, перечисленными в начале данного уведомления, и порядке получения доступа к информации и ее контролирования.

Полное имя пациента или личного представителя печатными буквами

Подпись пациента или личного представителя

Дата

Описание полномочий личного представителя

Я не смог (-ла) добиться от пациента подтверждения получения вышеупомянутых уведомлений при регистрации по следующим причинам:

- пациент отказался подписать, несмотря на все приложенные усилия;
- с пациентом не было сопровождающего лица, он не был в сознании или не понимал, что происходит;
- с пациентом не было сопровождающего лица, и пациент нуждался в экстренной помощи;
- другое: _____.

Подпись сотрудника: _____ Должность сотрудника: _____

Полное имя печатными буквами: _____ Дата: _____



Важная информация об оплате услуг в медицинском центре Mount Sinai Beth Israel

Центр Mount Sinai Beth Israel (далее — «больница») является поставщиком медицинских услуг для многих планов медицинского страхования. Список планов, в которых участвует наш центр, можно найти по адресу <http://www.mountsinaihealth.org/about-the-health-system/insurance-info/msbi>. Некоторые страховые планы используют небольшие сети для определенных продуктов, которые предлагаются этими планами, поэтому важно проверять, поддерживаем ли мы выбранный вами план. Если мы не поддерживаем все продукты конкретного страхового плана, эту будет указано в нашем списке.

Также важно знать, что услуги врачей, оказываемые в больнице, не включены в счет больницы. Врачи, оказывающие услуги в больнице, могут иметь статус независимых врачей, работающих на добровольной основе; могут быть сотрудниками больницы; могут быть сотрудниками Школы медицины Икана при Mount Sinai; могут быть независимыми подрядчиками. Врачи выставляют счета за свои услуги отдельно и могут участвовать или не участвовать в страховых планах, в которых участвует больница. Перед назначением больничных услуг проверяйте вместе с врачом, в каких планах участвует данный врач.

Информацию об участии в планах врачей, являющихся сотрудниками Школы медицины Икана при Mount Sinai, можно найти с помощью розовой панели «find a doctor» (найти врача) на веб-сайте www.mountsinaihealth.org. С помощью этой функции можно перейти к профилю врача и просмотреть информацию о страховых планах, в которых участвует данный врач. Также больница сотрудничает с группой врачей компании York Anesthesiologists, PLLC, предоставляющей услуги по проведению анестезии. Чтобы узнать, в каких страховых планах участвуют врачи компании York Anesthesiologists, необходимо обратиться непосредственно в данную компанию. Ниже указана контактная информация компании York Anesthesiologists, PLLC.

York Anesthesiologists, PLLC
Baird Hall, Room #3BH55
1st Ave at 17th Street
New York, NY 10003
(631) 264-2035

Professional Medical Management (Billing Office)
46 West Oak Street
Amityville, NY 11701
(631) 264-2030

Перед назначением медицинских услуг проверяйте вместе с врачом, будут ли вам необходимы услуги каких-либо других врачей. Ваш лечащий врач может предоставить вам имя, специализацию, почтовый адрес и номер телефона любого врача, чьи услуги будут необходимы. Ваш лечащий врач также может сообщить, требуются ли вам услуги врачей (например, анестезиологов, рентгенологов, патологов), являющихся сотрудниками или подрядчиками больницы. Контактную информацию данных врачей можно найти, используя указанный выше способ, по адресу www.mountsinaihealth.org. Чтобы узнать, в каких страховых планах участвуют данные группы, вам необходимо обратиться к ним непосредственно.

Согласно законодательству больницы обязаны информировать пациентов о стандартных платежах за средства и услуги, предоставляемые данными больницами. Эту информацию можно получить, позвонив по номеру (212) 256-3177 или написав в Управление финансовых услуг для пациентов больницы по адресу 160 Water Street, 22nd Floor, New York, NY 10038.

Если у вас нет медицинской страховки, вам может быть оказана помощь в оплате больничных счетов. Информация о финансовой помощи доступна на веб-сайте www.hospitalassistance.org. Вы также можете обратиться в офисы нашего отдела финансовой помощи по следующим адресам.

Department of Patient and Financial Counseling
307 First Avenue
New York, NY 10003
(212) 844-1914

Department of Financial Counseling, Philips Ambulatory Care Center
10 Union Square East
New York, NY 10003
(212) 844-6041