

Oświadczenie przy przyjęciu do placówki

Leczenie:

Niniejszym wyrażam zgodę i upoważniam Mount Sinai Health System (MSHS), lekarzy, pielęgniarki i inny personel kliniczny do zapewnienia mi opieki. Może ona obejmować leczenie, badania i zabiegi niezbędne dla mojej opieki i dobrego samopoczucia. Jestem świadomy(-a), że mogą opiekować się mną stażyści pod nadzorem lekarza, chyba że nie wyrażę na to zgody, a mój lekarz prowadzący uzna, że dalsze leczenie bez udziału tych członków zespołu jest bezpieczne.

Obserwatorzy i sprzedawcy:

Jestem świadomy(-a), że w moją opiekę medyczną mogą być zaangażowane również osoby zajmujące się pomocą techniczną lub sprzedawcy.

Badanie krwi w wyniku kontaktu:

Rozumiem, że jeśli osoba zaangażowana w moją opiekę i leczenie zostanie narażona na kontakt z pewnymi płynami ustrojowymi niosącymi zagrożenie przeniesienia choroby przenoszonej przez krew, moja krew zostanie zbadana pod kątem obecności wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B i zapalenia wątroby typu C w celu określenia ryzyka w związku z takim kontaktem.

Testy pacjentów na HIV:

Ogólne informacje dotyczące wirusa HIV:

- HIV, wirus wywołujący AIDS, może rozprzestrzeniać się poprzez stosunek płciowy bez zabezpieczenia, dzielenie się igłami, poród lub karmienie piersią.
- Jeśli wynik testu będzie pozytywny, będę mógł (mogła) poddać się leczeniu na HIV/AIDS, które pomoże mi zachować zdrowie i wydłużyć życie.
- Osoby żyjące z wirusem HIV/AIDS mogą chronić innych przed zakażeniem poprzez stosowanie bezpiecznych praktyk.
- Dyskryminacja jakiegokolwiek osoby ze względu na jej status zakażenia wirusem HIV jest niezgodna z prawem.

Zgodnie z art. 27F ustawy o zdrowiu publicznym stanu Nowy Jork (NYS Public Health Law) pacjenci mają obowiązek otrzymać następujące informacje na temat badania na obecność wirusa HIV:

- Podmioty świadczące opiekę zdrowotną są zobowiązane do zapewnienia testu na obecność wirusa HIV wszystkim pacjentom w wieku 13–64 lat.

Przeczytałem(-am) powyższy dokument i jeśli będę mieć jakiegokolwiek pytania lub potrzebować dodatkowych informacji, powiadomię o tym członka mojego zespołu opieki.

Pacjent* lub upoważniony przedstawiciel prawny**

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) _____ Podpis _____

Data _____

Godzina _____

Związek _____

* Należy uzyskać podpis pacjenta z wyjątkiem sytuacji gdy pacjent nie ma ukończonych 18 lat lub jest ubezwłasnowolniony.

** Osoba sprawująca kuratelę nakazem sądu, pełnomocnik ds. opieki zdrowotnej lub zastępca zgodnie z rozumieniem Ustawy o decyzjach w sprawie rodzinnej opieki zdrowotnej (Family Health Care Decisions Act)