

Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

إقرار الموافقة المبدئي بتلقي الرعاية الصحية

Front Door Acknowledgement

- يتوفر فحص فيروس HIV بشكل مجهول الهوية (دون ذكر اسمك) في بعض مواقع الاختبار العامة.
- يمكنني التراجع عن موافقتي في أي وقت، سواء شفهيًا أو كتابيًا.

اللقاحات:

أدرك أن MSHS قد تشارك معلومات اللقاح الخاصة بي مع إدارة الصحة بولاية نيويورك (New York City State Department of Health) في نظام معلومات التطعيمات بولاية نيويورك (New York State Immunization Information System, NYSIIS). والغرض من ذلك هو التأكد من أن مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن حالي على علم بمعلوماتي الطبية ذات الصلة حتى يتمكن من مساعدتي على تلقي التطعيمات اللازمة.

معلومات العلاج الإضافية:

في حال ولادة طفل، أفهم أن فريق الرعاية سيعطي طفلي فيتامين K ومرهم الإريثروميسين للعين كجزء من العلاج المعتاد لحديثي الولادة.

الصور والتسجيلات الصوتية:

أدرك أنه قد يتم التقاط الصور وإجراء تسجيلات صوتية (تسجيلات) لأغراض سريرية أو لتحسين الجودة كجزء من رعايتي. يمكن استخدام كاميرات المراقبة في الأماكن السريرية والعامة لأغراض السلامة. يمكن استخدام التسجيلات لأغراض تعليمية (على سبيل المثال عرض تقديمي أو مؤتمر أو منشور) شرط عدم الكشف عن هويتي من خلال الصور أو الأوصاف المصاحبة لها. إن وجدت معلومات تكشف عن هويتي في التسجيلات لاستخدامها للأغراض التعليمية، فسيطلب مني الإذن شخصيًا بذلك قبل استخدامها.

أفهم أن لدي الحق في سحب موافقتي بأي وقت على استخدام تسجيلاتي لأغراض التعليم أو البحث وأن هذا الرفض لن يؤثر على تلقي الرعاية أو على جودتها.

استخدام الذكاء الاصطناعي:

أفهم أن Mount Sinai Health System (MSHS) قد يستخدم أدوات الذكاء الاصطناعي (Artificial Intelligence, AI) لمساعدة فريق الرعاية المسؤول عني في إجراء تقييماتهم المهنية واتخاذ قراراتهم المهنية بشأن رعايتي.

العلاج:

بموجب هذا الإقرار، أوافق على تلقي الرعاية في Mount Sinai Health System (MSHS)، وعلى يد الأطباء والممرضات وغيرهم من الطاقم الطبي وأفوضهم في ذلك. قد يتضمن ذلك العلاجات والفحوصات والإجراءات اللازمة لرعايتي وسلامتي. أدرك أنه قد يتولى رعايتي متدربون تحت الإشراف، ما لم أطلب خلاف ذلك، مع إقرار الطبيب الأساسي المسؤول عن حالي أنه من الآمن المتابعة بدون أفراد فريق الرعاية هؤلاء.

المراقبون والبائعون:

أدرك أن الأفراد الفنيين أو البائعين قد يكونون جزءًا من رعايتي الطبية.

فحص الدم في أثناء التعرض:

أفهم أنه في حال تعرض أحد الأفراد المشاركين في رعايتي وعلاجي إلى سوائل جسدية معينة قد تؤدي إلى نقل أحد الأمراض المُنتقلة عن طريق الدم، فسيتم فحص دمي للكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) والتهاب الكبد الوبائي B والتهاب الكبد الوبائي C لتحديد خطر التعرض.

فحص فيروس HIV للمرضى:

معلومات عامة حول فيروس HIV

- إن فيروس HIV هو المُسبب لمرض الإيدز (AIDS)، ويمكن أن ينتشر عن طريق ممارسة الجنس دون وقاية، أو مشاركة الإبر، أو الولادة أو الرضاعة الطبيعية.
- إذا كانت نتيجة الفحص إيجابية، فإنه يمكنني الحصول على علاج لفيروس HIV/مرض AIDS لمساعدتي في الحفاظ على صحتي والعيش لفترة أطول.
- يمكن للأشخاص المتعاضدين مع فيروس HIV/مرض AIDS استخدام ممارسات آمنة لحماية الآخرين من الإصابة بالعدوى.
- ويُعد التمييز ضد أي شخص بسبب إصابته بفيروس HIV مخالفًا للقانون.
- وفقًا لقانون الصحة العامة في ولاية نيويورك (NYS Public Health Law) المادة 27F، يتعين على المرضى تلقي معلومات عن فحص فيروس HIV على النحو الآتي:
- يجب على مقدمي خدمات الرعاية الصحية إجراء فحص فيروس HIV لجميع المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و64 عامًا.
- إن فحص فيروس HIV تطوعي وجميع نتائجه تظل سرية (خاصة).

لقد قرأت ما ذكر أعلاه، وإذا كانت لدي أي أسئلة أو كنت أرغب في الحصول على معلومات إضافية، فسأبلغ مقدم الرعاية المسؤول عن حالي.

المريض * أو الممثل المفوض قانونًا**

صلة القرابة

الوقت

التاريخ

التوقيع

الاسم بأحرف واضحة

* يجب الحصول على توقيع المريض إلا في حال كان عمره أقل من 18 سنة أو كان لا يملك القدرة على ذلك.
** الوصي المعين من المحكمة أو وكيل الرعاية الصحية أو المُقوَّض بموجب قانون قرارات الرعاية الصحية للأسرة (Family Health Care Decisions Act)