

حقوقك

- الحصول على اسم وتخصص الطبيب أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية المعنيين برعايتك أو رعاية طفلك.
 - الاستجابة لجميع الطلبات المعقولة على وجه السرعة وعلى نحو كاف، وذلك في قدرة المعهد.
 - الحصول على معلومات كافية لإعطاء قرار مستنير وإعطاء الموافقة المستنيرة على العلاج، بقدر ما ينص عليه القانون، بما في ذلك تفسيراً لحالتك أو لحالة طفلك، والعلاجات المقترحة، والعلاجات البديلة، مع فوائد كل منها ومخاطرها.
 - اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية الخاصة بك، بما في ذلك قرار رفض العلاج أو إيقافه، إلى الحد الذي يسمح به القانون.
 - ملء توجيهات الرعاية المسبقة، مثل شكل وكيل الرعاية الصحية، وتعيين شخص يمكنه اتخاذ القرارات المتعلقة بك حال عدم قدرتك على فهم العلاج أو الإجراء المقترح، أو في حالة عدم قدرتك على تلبية رغباتك المتعلقة برعايتك.
 - الحصول على نسخة كاملة من قانون حقوق المريض بولاية ماساتشوستس (Massachusetts Patient Rights law) (Massachusetts Patient Rights law (M.G.L., chapter 111, sec. 70E) والمتاح من جانب مكتب علاقات المريض / الأسرة: 617-632-3417، أو على شبكة الإنترنت على الموقع www.mass.gov/legis/laws/mgl/111-70e.htm.
 - في حالة الإصابة بسرطان الثدي، قم بالحصول على المعلومات الكاملة من جانب طبيبك بشأن العلاجات الطبية البديلة القابلة للاستخدام.
 - الحصول على مترجم أو غيرها من المساعدات حسب الحاجة والإتاحة، عندما يكون هناك عائقاً متعلقاً باللغة، أو التواصل أو مشكلة تتعلق بالسمع.
 - فحص سجلك الطبي، أو سجل طفلك، والحصول على نسخة منه. في حالة طلبك الحصول على نسخة، فإنك ستقوم بدفع رسوم، إلا إذا أوضحت أن طلبك يدعم دعوى أو استئناف بمقتضى أي حكم من أحكام قانون الضمان الاجتماعي وفقاً لمتطلبات الدولة أو الولاية على أساس الاحتياجات.
 - تلقي العلاج العاجل المنقذ للحياة في حالة الطوارئ، دون تمييز أو تأخير على أساس الاهتمامات الاقتصادية أو الدفع.
 - الحصول على النقل السريع والأمن لرعاية الآخرين، في حالة عدم قدرة المعهد على تلبية طلبك أو الحاجة إلى العلاج أو الخدمة. على سبيل المثال، إذا كنا غير قادرين على تقديم نوع وجودة الرعاية، على أساس الموارد التي يمكن الاستفادة منها والتي تتطلبها حالة معينة أو مرض ما، أو الأمور المتعلقة بطفلك، فإننا سوف نتأكد من أنه يمكنك الحصول على الرعاية في مكان آخر.
 - الحصول على قائمة مفصلة بالرسوم المقدمة من المعهد لشركة التأمين الخاصة بك أو إلى أي طرف ثالث آخر بشأن الرعاية الخاصة بك أو بطفلك، بما في ذلك المبالغ التي يقوم بدفعها طرف ثالث، ونسخة من قائمة الرسوم المفصلة المرسلة إلى الطبيب المعالج.
 - المشاركة في تطوير وتنفيذ خطة الرعاية الخاصة بك.
 - التخلص من إساءة التعامل البدنية أو العقلية، والعقوبات الجسدية.
 - التخلص من القيود أو العزلة، من أي شكل من الأشكال، المفروضة كوسيلة من وسائل الإكراه، أو فرض النظام، أو توفير الراحة، أو الانتقال من خلال فريق العمل.
 - رفع الشكاوى وتقديم التظلمات لدى المستشفى إذا كانت لديك أي مشكلات تتعلق برعايتك وعلاجك.
- يمكن أن يتم إبلاغ مكتب علاقات المريض / الأسرة بأي مخاوف أو شكاوى أو تظلمات على الرقم 617-632-3417 أو عبر جهاز الاستدعاء على الرقم 617-632-2337 (رقم معرف جهاز الاستدعاء: 42137).
- يجب أن تتوقع أن يتم الإقرار بتلقي الشكاوى / أو التظلم الذي تقدمه عندما يتلقاه فريق عمل علاقات المريض / الأسرة.

بصفتك مريض بمعهد دانا-فاربر لعلاج السرطان (DFCI)، أو بصفتك أحد الوالدين أو الوصي القانوني لمريض صغير بالمعهد، فإنك تتمتع بحقوق معينة بموجب القانون الفيدرالي وقانون ولاية ماساتشوستس. في معهد دانا-فاربر لعلاج السرطان، نحن ندرك مسؤولياتنا تجاه احترام هذه الحقوق بالإضافة إلى إبلاغك بها.

لك الحق في:

الاحترام والتقدير

- تلقي الرعاية الصحية التي تحترم القيم الثقافية، النفسية والاجتماعية، والشخصية والمعتقدات الخاصة بك، بما في ذلك الحق في طلب الخدمات الروحية وغيرها من الخدمات الروحية. ويلتزم المعهد بخدمة جميع المرضى، بغض النظر عن العرق أو اللون أو الدين، أو الأصل القومي أو الجنس أو السن أو الحالة الاجتماعية أو التوجه الجنسي والهوية الجنسية أو التعبير أو الإعاقة أو الانتماء السياسي أو الوضع السياسي المخضرم، أو غيرها من المنظمات غير ذات الصلة بالعوامل من الناحية الطبية.
- الحصول على نسخة من أي قواعد أو لوائح تتعلق بسلوك المرضى، على النحو المنصوص أدناه.
- أن يكون لديك زوج / زوجة أو شريك منزلي (بما في ذلك الشريك المنزلي من نفس الجنس)، أو فرد من أفراد الأسرة، أو صديق، أو أي شخص آخر يكون حاضرًا معكم لدعمك خلال زيارتك أو إقامتك في المستشفى، وفقاً لقيود وحدود إكلينيكية محددة، بالإضافة إلى سحب أو رفض تلك الموافقة على وجودهم في أي وقت بدون أي تمييز اعتماداً على العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الدين أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي أو الإعاقة.
- تلقي الرعاية في بيئة آمنة.
- التخلص من كل أشكال إساءة التعامل والتحرش.

الخصوصية والسرية

- معرفة أن سجلاتك واتصالاتك سرية إلى حد المنصوص عليه في القانون.
- توقع الخصوصية أثناء العلاج والرعاية الطبية، وذلك وفقاً لقدرة المعهد.

لمشاركة

- رفض الفحص، والمتابعة أو المعالجة من قِبَل الطلاب أو غيرهم من موظفي المعهد، دون المساس بالحصول على الرعاية الطبية أو النفسية، أو غيرها من أنواع الرعاية.
- ورفض المشاركة في الأبحاث، أو الحصول على أي رعاية أو فحص يكون في المقام الأول لأغراض تعليمية أو إعلامية، وليس لتلقي العلاج، والمشاركة في أي قضايا أخلاقية تنشأ أثناء عملية الرعاية الخاصة بك أو بطفلك، مثل حل النزاعات، أو منع الإنعاش، أو التخلي عن أو سحب علاجات إدامة الحياة، أو المشاركة في البحوث والدراسات.

السيطرة على الألم وعلاجه

- تلقي التقييم وعلاج الألم الجسدي والنفسي.

المعلومات والعلاج

- الحصول على تفسير لأي تعامل (بما في ذلك التعاملات المالية) بين المعهد أو طبيب/طبيب طفلك مع أي مرفق آخر من مرافق الرعاية الصحية أو أحد المعاهد التعليمية، حيثما وجدت علاقة تتعلق برعايتك أو رعاية طفلك.
- أحد من أفراد الأسرة (أو ممثل من اختيارك) و طبيبك الخاص سيبلغ فوراً بدخولك إلى المستشفى
- الحصول على المعلومات المتعلقة بالمساعدة المالية أو الرعاية الصحية المجانية.
- تلقي المعلومات، حسب الحاجة والإتاحة، حال وجود ضعف في الرؤية والكلام والسمع، أو ضعف بالإدراك.

◀ يتم إعلام فريق عمل الإشراف بتفاصيل التظلم من أجل مراجعتها والتحقق فيها، ويقومون بإبلاغ فريق عمل علاقات المريض / الأسرة بالنتائج وأي معلومات للمتابعة.

◀ يتم بذل كل الجهود الممكنة لحل التظلم خلال 7 أيام، وخلال ذلك الوقت، يتم توفير استجابة مكتوبة لك حول التظلم. إذا لم يكن بالإمكان إصدار قرار خلال 7 أيام، يقوم فريق عمل علاقات المريض / الأسرة بإبلاغك، شفهيًا، ويتم إصدار قرار خلال 30 يومًا وفقًا لحالة التظلم.

◀ عند إتمام عملية التحقيق، سوف تتلقى إشعارًا مكتوبًا بالنتائج والقرار.

◀ أي وقت أثناء رعايتك في المعهد، يتاح لك خيار تقديم تظلم مباشرة إلى إدارة الصحة العامة في ولاية ماساتشوستس أو مجلس التسجيل الطبي بولاية ماساتشوستس أو اللجنة المشتركة أو معهد منظمة تحسين الجودة - KEPRO (انظر أدناه للتعرف على تفاصيل الاتصال)

لمسئوليات الخاصة بك

من خلال اتخاذك دورًا فعالًا في الرعاية الصحية الخاصة بك، يمكنك مساعدة مقدمي الرعاية الخاصة بك على تلبية احتياجاتك كمريض أو كأحد أفراد الأسرة. وهذا هو سبب طلبنا منك ومن عائلتك مشاركتنا في بعض المسؤوليات المحددة.

ويتمثل طلبنا منك في:

- تقديم معلومات دقيقة وكاملة عن حالتك الحالية وعن الأمراض السابقة، الإقامة في المستشفيات، والأدوية، وغيرها من المسائل المتعلقة بصحتك أو بصحة طفلك وذلك بكل ما أوتيت من قدرة، بما في ذلك معلومات عن المنزل و / أو العمل قد تؤثر على قدرتك أو قدرة طفلك على متابعة العلاجات المقترحة.
- إتباع خطة العلاج المقدمة من مقدم الرعاية الخاص بك. ينبغي عليك التعبير عن أية مخاوف حول قدرتك على الامتثال لبرنامج العلاج المقترح. أنت المسؤول عن النتائج في حالة رفضك للعلاج أو عدم إتباع تعليمات مقدم الرعاية الخاص بك.
- التكرم بمراعاة مشاعر المرضى الآخرين والعاملين بالمعهد وممتلكاتهم. ولن يمكن السكوت والتعاضى عن الإساءة، لغة التهديد، أو طريقة التحدث أو السلوكيات غير اللائقة.
- حافظ على المواعيد أو اتصل بنا حينما لا تكون قادرًا على الحضور.
- الصدق فيما يتعلق بالاحتياجات المالية الخاصة بك، حتى يتسنى لنا أن الوصل بينك وبين الموارد المناسبة.
- تقديم أي وكيل للرعاية الصحية أو أي وثيقة قانونية أخرى لنا، مثل التوكيل أو قرار المحكمة وغيرها ممن شأنه التأثير على قدرتك على اتخاذ القرارات أو فيما يتعلق برعايتك.
- إبلاغنا حال تعرضك للطلاب أو الباحثين المشاركين في رعايتك.

يُرجى تقديم شكاواك أو تظلمك إلى:

**Dana-Farber Cancer Institute
Patient/Family Relations**
450 Brookline Ave.
Boston, MA 02215
الهاتف: 617-632-3417
الرقم المجاني: 1-800-551-7034
الفاكس: 617-632-6988

**Massachusetts Department of
Public Health**
Bureau of Health Care Safety and Quality
67 Forest Street
Marlborough, MA 01752
الهاتف: 800-462-5540
الفاكس: 617-753-8165

**Massachusetts Board of
Registration in Medicine**
200 Harvard Mill Square, Suite
330
Wakefield, MA 01880
الهاتف: 800-377-0550
الفاكس: 781-876-8383

**The Joint Commission
Office of Quality Monitoring**
1 Renaissance Blvd.
Oakbrook Terrace, IL 60181
الهاتف: 630-792-5000
www.jointcommission.com

**Quality Improvement Organization –
KEPRO**
5700 Lombardo Center Drive, Suite 100
Seven Hills, OH 44131
الهاتف: 888-319-8452
الفاكس: 833-868-4055