



d. Возможно ли появление боли или дискомфорта вследствие лечения?

- **предоставлять достоверную информацию.** Информация об истории Вашей болезни должна быть полной и точной. Сообщите врачу об изменениях в состоянии здоровья. Упомяните также, насколько сильные боли Вы испытываете и насколько эффективно или ограничено помогает назначенное лечение по снятию боли.
- **проявлять уважение к окружающим.** Будьте внимательны по отношению к другим, уважайте их право на невмешательство в частную жизнь, ограничивайте количество посетителей и соблюдайте тишину. Пользуйтесь телефоном, телевизором, радио и освещением так, чтобы не беспокоить окружающих.
- **следовать плану лечения.** Сообщите врачу, если Вы не можете следовать плану лечения и объясните почему. Узнайте, к каким последствиям может привести отказ от лечения или выбор альтернативного метода лечения, не рекомендованного Вашими врачами. У Вас нет права претендовать на получение лечения или услуг, которые являются ненужными или нецелесообразными с медицинской точки зрения.
- понимать, что как **образовательное медицинское учреждение**, SHC осуществляет обучение будущих медицинских работников. Это предусматривает их участие в лечении пациентов SHC.
- **соблюдать нормы и правила SHC**, относящиеся к лечению и поведению пациентов.
- понимать, что здоровье **зависит от Вашего образа жизни.**

Пациенты и их родственники имеют право попросить о помощи с планированием выписки. За дополнительной информацией, пожалуйста, обращайтесь по тел.: 650.723.5091.

## Права и обязанности пациентов

### Права пациентов

У Вас есть право:

- **пользоваться данными правами независимо** от родословной, возраста (40 лет и старше), цвета кожи, нетрудоспособности (умственной или физической, включая ВИЧ и СПИД), генетической информации, социального пола, половой идентичности, полового самовыражения, семейного положения, состояния здоровья (генетических характеристик, онкологических заболеваний в настоящем или прошлом), статуса военнослужащего или ветерана, национального происхождения (включая язык общения и наличие водительских прав, выдаваемых лицам, неспособным подтвердить законность своего пребывания в США в рамках федерального законодательства), расовой и религиозной принадлежности (включая специфику ухода за внешностью и одежду, обусловленные последней), биологического пола (включая беременность, деторождение, кормление грудью и связанные с этим состояния здоровья), гражданства, родного языка, иммиграционного статуса, сексуальной ориентации или любого другого статуса, защищенного законом или на основании источника оплаты лечения.
- **на внимательное, достойное и уважительное отношение к себе**, а также на то, чтобы Вам обеспечили комфорт. Вы имеете право на уважительное отношение к своим личностным ценностям и убеждениям.
- **на то, чтобы члена Вашей семьи (или другого представителя на Ваш выбор) и Вашего личного врача безотлагательно уведомили в случае Вашей госпитализации.**
- **получать медицинскую помощь в безопасной обстановке**, свободной от физических и словесных оскорблений, домогательств и эксплуатации. Вы имеете право обратиться за помощью в соответствующие службы социальной защиты, включая право известить государственные органы о халатности или жестоком обращении.
- **знать имя и фамилию врача**, непосредственно осуществляющего координацию Вашего лечения, а также имена и профессиональные данные других врачей и немедицинских работников, принимающих участие в процессе лечения.
- **получать информацию о состоянии своего здоровья**, ходе лечения, перспективах выздоровления и результатах лечения (включая непредвиденные результаты) в доступной для понимания форме. Вы имеете право участвовать в разработке и осуществлении плана лечения, а также право привлекать членов семьи к принятию решений о Вашем лечении или отстранять их от принятия таких решений.
- **получить о предлагаемом лечении или процедуре всю информацию, необходимую для того, чтобы дать информированное согласие или отказаться от данного курса лечения.** За исключением экстренных случаев, эта информация должна включать в себя описание процедуры или метода лечения, перечисление значимых с медицинской точки зрения рисков, с которыми связан каждый вариант лечения, альтернативные методы лечения или нелечение и связанные с ними риски, а также имя врача, проводящего лечение или процедуру.
- **активно участвовать в принятии решений, касающихся медицинского обслуживания.** В предусмотренных законом рамках Вы имеете право отказаться от лечения и получить информацию о возможных последствиях такого отказа для Вашего здоровья. У Вас нет

права претендовать на получение лечения или услуг, которые являются ненужными или нецелесообразными с медицинской точки зрения.

- **участвовать в решении спорных этических вопросов**, возникающих в ходе лечения, включая разрешение конфликтов, отказ от реанимации, а также прекращение или отказ от поддерживающего жизнь лечения. При возникновении проблем или вопросов этического характера Вы можете проконсультироваться с членом Стэнфордской комиссии по этическим вопросам, с которым можно связаться через медсестру или врача. Вы также можете связаться по пейджеру 16230 с сотрудником консультативной службы по этическим вопросам.
- **на уважительное отношение к своей частной жизни.** Обсуждение случаев болезни, консультации, осмотры и лечение проводятся конфиденциально и должны осуществляться с соблюдением соответствующих предосторожностей. Вы имеете право знать цель присутствия любого лица. У Вас есть право попросить посетителей удалиться перед началом осмотра и при обсуждении вопросов лечения. В общих палатах для соблюдения конфиденциальности должны использоваться занавески.
- **на сохранение конфиденциальности всей медицинской документации и при обмене медицинской информацией**, касающейся обслуживания и пребывания в медицинских учреждениях Стэнфордской медицинской системы (SHC). Вы получите на руки копию «Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности» (Notice of Privacy Practices), где подробно объясняются права пациентов на сохранение конфиденциальности и то, как SHC может использовать и разглашать охраняемую информацию о состоянии здоровья пациентов.
- **получать корректные ответы** на любые разумные просьбы об оказании услуг.
- в предусмотренных законом рамках **покинуть территорию SHC** вопреки рекомендациям врачей.

- **на надлежащую преемственность в лечении** и на заблаговременное получение информации о времени и месте приемов, а также о лицах, принимающих участие в Вашем лечении.
- **получить информацию о проведении любых экспериментов над человеком** или иных исследовательских и образовательных проектов, которые могут повлиять на Ваше лечение. Вам предоставляется описание альтернативных методов лечения, которые могут быть Вам полезны. Вы можете отказаться от участия в таких исследовательских проектах, и это не станет препятствием для продолжения лечения.
- **получить информацию о том, как лечение должно быть продолжено после выписки** из SHC, а также чтобы по Вашей просьбе эта информация была предоставлена одному из Ваших друзей или членов семьи.
- **изучить и получить разъяснение счета** за оказанные услуги, независимо от источника оплаты.
- **знать, какой порядок и правила SHC** распространяются на Вас как пациента.
- **на то, чтобы права пациентов распространялись на лицо, наделенное законными полномочиями**, принимать от Вашего имени решения относительно Вашего лечения. Сюда входит право опекуна пациента, его ближайших родственников или наделенного законными полномочиями представителя осуществлять в предусмотренных законом рамках права пациента, если пациент: признан недееспособным в соответствии с законом; по мнению лечащего врача, по состоянию здоровья не способен понять сущность предлагаемого лечения или медицинского вмешательства; не в состоянии изложить свои желания, касающиеся лечения; или если пациент – несовершеннолетний и не освобожден от родительской опеки.
- по своему усмотрению **определять, кто может или не может посещать Вас в больнице** независимо от степени родства при условии, что

Вы сохраняете способность принимать решения. Исключением являются случаи, когда:

- посещения полностью запрещены;
- SHC имеет основания полагать, что присутствие определенного посетителя угрожает здоровью или безопасности пациента или персонала, или значительно нарушает работу учреждения;
- Вы сообщили персоналу SHC, что Вы больше не желаете, чтобы Вас посещал определенный человек.

SHC может устанавливать определенные ограничения посещений, включая ограничения по часам посещений и по количеству посетителей. Пациентов имеют право посещать в том числе супруги, гражданские партнеры, разнополые и однополые партнеры, разнополые и однополые родители, приемные родители, дети, другие члены семьи, друзья и знакомые пациента.

- на то, чтобы Ваши желания учитывались при принятии решения о том, **кто может или не может посещать Вас в больнице, если Вы не в состоянии самостоятельно принимать решения**, и на то, чтобы критерии принятия таких решений были отражены в правилах больницы относительно посещений. Как минимум, SHC рассматривает любое лицо, проживающее совместно с Вами, как потенциального посетителя.
- **на свободу от любых приспособлений, ограничивающих свободу движений**, и от любой формы изоляции, используемых в качестве средств принуждения, наказания или мести, а также для удобства сотрудников.
- получить информацию о **доступе к службам социальной защиты** (т.е. службам, занимающимся вопросами опекунов и защиты прав, назначения опекунов по решению суда, а также службам защиты детей и взрослых от жестокого обращения).

- **на адекватную оценку и лечение боли**, получение информации о боли и мерах по ее снятию, а также на участие в принятии решений по устранению боли. Вы можете отказаться от лечения боли или попросить об использовании любого из (или всех) способов ее устранения, включая опиоидные препараты от сильной хронической неустранимой боли. Врач может отказаться выписать Вам опиоидный препарат и, в таком случае, должен сообщить Вам, что есть врачи, которые специализируются на лечении сильной хронической неустранимой боли методами, которые могут включать применение опиатов.
- **составить предварительное распоряжение (Advance Directive)**, если Вам исполнилось 18 лет или Вы освобождены от родительской опеки, и назначить лицо, которое будет в предусмотренных законом рамках принимать медицинские решения от Вашего имени как пациента. Персонал SHC, предоставляющий медицинские услуги, обязан соблюдать эти распоряжения, если они не выходят за рамки закона. Предоставление медицинских услуг никак не зависит от наличия предварительного распоряжения. В отсутствие такого документа Ваши пожелания могут быть зафиксированы в медицинской карте. Пациентам, желающим составить предварительное распоряжение, предоставляется помощь.
- в момент поступления в больницу получить информацию о **правах пациентов SHC** и о механизме подачи, рассмотрения и, по возможности, разрешения жалоб пациентов относительно качества лечения и ухода.
- **подать жалобу** о качестве лечения, обслуживания или в связи с дискриминацией любого характера и получить информацию о принятых в этой связи мерах с заверением в том, что это не повлияет на доступ к лечению и качество лечения. Жалобу можно подать в Отдел по связям с пациентами (Patient Relations) по тел.: (650) 498-3333, в письменной форме или лично.

Офис расположен по адресу:  
300 Pasteur Drive, Stanford, CA 94305.

- **подать жалобу в Департамент здравоохранения шт. Калифорния** независимо от того, подавали ли Вы жалобу в самой больнице. Адрес: CDPH Licensing and Certification Division, 100 Paseo de San Antonio, Suite 235, San Jose, CA 95113. Тел.: (408) 277-1784; факс: (408) 277-1032.

**Можно также подать жалобу в Объединенную комиссию по аккредитации учреждений здравоохранения (Joint Commission):**  
**Почтовый адрес:**  
Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL 60181.  
**Эл. почта:** patientsafetyreport@jointcommission.org  
**Тел.:** (800) 994-6610.

**В Стэнфордской системе медицинского обслуживания бесплатно предоставляется перевод на все языки, включая американский язык жестов для глухонемых. Пожалуйста, звоните в переводческий отдел по телефону 650.723.6940.**

## Обязанности пациентов

Вы обязаны:

- **принимать информированные решения.** Получите всю необходимую для этого информацию. Вас могут попросить дать письменное согласие на проведение определенных тестов, процедур или операций. Задавайте вопросы, чтобы полностью понять каждый подписываемый документ.
- **понимать.** Если Вам непонятна сущность заболевания или лечения, задавайте вопросы, например:
  - а. Почему рекомендуется это лечение?
  - б. Каковы побочные эффекты и риск?
  - в. Имеются ли альтернативные методы лечения?