



የታካሚ መብትና ግዴታ መመሪያ:

የሚከተሉት የመብትና ግዴታ ዝርዝር ለሁሉም አካላት ላይሆን ይችላል፤ ነገር ግን ያለንን ጭንቀት ለማመልከት እነዚህን መብትና ግዴታ የመተግበር አስፈላጊነት ላይ ትኩረት ያደረገ ነው።

እንደ ታካሚ፣ የእርስዎ መብት...

- ደህንነቱ በተጠበቀ አካባቢ፣ ከማንኛውም ጥቃት ወይ አድልዎ ነፃ የሆነ ግምት ውስጥ ያስገባና ክብር የተሞላበት እንክብካቤ ማግኘት።
- የእንክብካቤ እቅድን በማውጣትና በመፈፀም ላይ እንዲሳተፉና በህክምና እንክብካቤ ውኔዎ ላይ በንቃት ይሳተፋሉ። በህግ እስከተፈቀደው ድረስ ህክምና መጠየቅ ወይ መቃወም ያካትታል።
- በጥያቄ መሰረት፣ የቤተሰብ አባል፣ የተመረጠ ተወካይ ወይ የራስዎ ሃኪም ወደ ተቋሙ መግባቱን ማሳወቅ።
- እርስዎ ወይ ሕጋዊ ወኪሎ ፍቃደኛ፣ ትክክለኛ ፍቃድ ካልሰጡ በስተቀር ማንኛውም ሂደት አይካሄድም።
- ስለ በሽታዎ፣ ህክምናዎ እንዲሁም ውጤት ማወቅና (የሚጠበቁ ውጤቶችንም ጨምሮ) መረጃውን ከሃኪም ጋር መነጋገር። ይህን መረጃ በእርስዎ ምትክ ሌላ ሰው እንዲቀበል ማድረግ መብት አሎት።
- ስለ ህክምናዎ በተመለከተ ያለውን መሻሻል ለመወያየት ተወካይ ማምጣት። በድንገተኛ አደጋ ጊዜ፣ ውሳኔ የመወሰን አቅም ሳይኖር ሲቀርና ህክምና በአፋጣኝ ካስፈለገ በእርስዎ ፋንታ መረጃ ለሌላ ሰው ማቅረብ። በሁኔታዎ ላይ ማንኛውም ዓይነት ለውጥ ካለ ተወካዩን እናሳውቃለን ለምሳሌ ወደ ከፍተኛ የእንክብካቤ ደረጃ ማሳደግ ወይ እንደአስፈላጊነቱ የድንገተኛ ሂደት ማካሄድ።
- ቅድመ የህክምና ትእዛዝ ማውጣት (እንደ የጤና እንክብካቤ ተወካይ፣ የሰውነት ክፍል መለገስ ወይ ኑዛዜ) እንዲሁም Inova የቅድመ ህክምና መመሪያዎን በህግ መሰረትና በተቋሙ ፖሊሲ መሰረት ያከብራል።
- የህክምና መረጃ እንዲለቀቅ ፈቃድ ካልሰጡ በስተቀር ወይ ሪፖርት ተዘይተፈቅዱ ወይ ብሕሩ አድላይ ተዘይኮይኑ ሚስጥራዊነት ይሕሉ።
- የሃኪም ምክር በመጣስ ተቋሙን ለቆ መውጣት።
- ህክምናዎን ያቀናጀውን፣ ህክምና ወይ አገልግሎት የሰጡትን ሃኪም፣ ክሊኒካል ሳይኮሎጂ፣ ወይ ሌላ ባለሙያ ስም ማወቅ።
- ተኝቶ መታከም አስፈላጊ ካልሆነ ስለ አማራጭ መናገር አስፈላጊ አይደለም።
- ከተቋሙ ሲለቀቁ ወይ በሚመጡበት ጊዜ ስላለው የጤና እንክብካቤ ሃኪም ያሳውቁታል።
- በነፃ የአስተርጓሚ አገልግሎት ማግኘት።
- የህክምና መረጃ ሚስጥራዊነት። እርስዎንና መብትና ግዴታዎን በተመለከተ የህክምና መረጃዎ ጥቅም ላይ ማዋልና ማካፈል በሚስጥራዊነት አፈፃፀም ማስታወቅ ነው።
- የታወቀ የአካል ጉዳት ችግር ካለብዎትና በሂደቱለአካል ጉዳቱ እገዛ እና ድጋፍ የሚያስፈልገዎት ከሆነ ድጋፍ የሚያደርግ ሰው ይመደብልዎታል።
- ከፈለጉ Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Mayland Drive, Suite 401, Richmond, VA 23233 ማግኘት ወይ ወደ 800-955-1819 መደወል ይችላሉ። በተጨማሪ Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Blvd., Oakbrook Terrace, IL 60181 ማግኘት ይችላሉ ወይ «አክሽን ሴንተር» በሆም ፔጅ ድረ ገፅ www.jointcommission.org መጠቀም ይችላሉ።

Inova እነዚህን አገልግሎቶች ማቅረብ አልቻለም ብለው ካሰቡ ወይ በዘር፡ ቀለም፡ ትውልድ፡ ሀገር፡ ዕድሜ፡ ሃይማኖት፡ ባህል፡ ፆታ፡ ፆታዊ ማንነት ወይ ስሜት መግለፅ፡ ፆታዊ ዝንባሌ፡ የትዳር ሁኔታ፡ አካል ጉዳይ፡ ወታደራዊ ሁኔታ፡ እርግዝና ወይ ወሊድ ወይ የተያያዘ የህክምና ሁኔታ ምክንያት አድልዎ ከደረሰብዎት ወደ 703-205-2175 በመደወል ቅሬታ ማቅረብ ይችላሉ። በአካል ወይ በኢሜል፣ ፋክስ ወይ ኢሜል አማካኝነት ጥያቄ ማቅረብ ይችላሉ። ጥያቄ ለማስገባት ድጋፍ ከፈለጉ የታካሚዎች ግንኙነት ሰራተኞች ወይ ማናጀር እርስዎን ለማገዝ ዝግጁ ናቸው።

እንደ ታካሚ፣ ያሉት ሀላፊነቶች:

- ስለ ጤናዎ የቀድሞ ህመም፣ ሆስፒታል ቆይታ፣ መድሀኒት የሚጠቀሙ ከሆነና ሌሎች ከህክምና ጋር የተያያዙ ነገሮች ካሉ ትክክለኛና ሙሉ መረጃ ማቅረብ።
- ስለ እንክብካቤዎ የተነገሩት ነገር ወይ ማድረግ ስላለብዎት ነገር ካልገባዎት ጥያቄ ይጠይቁ።

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record #: _____

Gender: Male Female

Inova
የታካሚዎች መብትና ግዴታ
Patient Rights and Responsibilities **AMHARIC**

IAH IFH IFOH ILH IMVH

Outpatient Location: _____

Page 1 of 2
 CAT # 30792-AM / R090623 • PKGS OF 100



እንደ ታካሚ፣ ያሉትን ሀላፊነቶች፡ (የቀጠለ)

- ከእንክብካቤ፣ አገልግሎት ወይ ሕክምና እቅድ ይወጣል።
- ታካሚዎች ከ Inova ፈቃድ ሳያገኙ በ Inova የሚደረገውን አሰራር ሂደትና ማንኛውም ሰው ፎቶ፣ ቪዲዮ ወይ ፊልም ማድረግ እንደማይቻል መረዳት። ይህም እርስዎን ለመጠየቅ የሚመጡትን ሰዎችንም ይመለከታል።
- በተቋሙ ውስጥ የሚወሰዱት መድሃኒት በሃኪም የታዘዘ በተቋሙ ውስጥ ባለው ፋርማሲ የሚቀርብና በነርስ ወይ ሃኪም የሚሰጡት እንደሆነ ማወቅ።
 - ታካሚዎች በተቋሙ ፕሮቶኮል ካልተፈቀደ በስተቀር የራሳቸውን መድሃኒት መውሰድ አይችሉም።
 - ታካሚዎች መድሃኒት አጠገባቸው ማስቀመጥ አይችሉም።
- ውጤትን ቢገነዘቡም የህክምና እቅድ መከተል እንደማይችሉ አምነው እቅዱን የማይከተሉ ከሆነ ሀኪምን ይንገሩ።
- ለሆስፒታሉ ትክክለኛና አድራሻና ሂሳብ መረጃ ማቅረብ።
- ስለ ጤና ኢንሹራንስ ሽፋን፣ እሚቀነስ፣ የጋራ ክፍያና ኔትዎርክ ሽፋን ዝርዝር ማወቅ።
- ሰራተኞችን ማክበር። ይህም እርስዎን ለመጠየቅ የሚመጡትን ሰዎችንም ይመለከታል።
- ሌሎች ታካሚዎችንና የተቋሙን ንብረት ማክበርና ህግና ደምብ ማክበር። ይህም እርስዎን ለመጠየቅ የሚመጡትን ሰዎችንም ይመለከታል።
- ሆስፒታሉ ለማንኛውም ንብረት ሀላፊነት እንደማይወስድ ማወቅ።
- ሁሉንም የደህንነት ቅድመ ሁኔታዎች ተገዢ መሆን። Inova የሚከተሉትን ሙሉ በሙሉ አይበልም።
 - አድልዎ፣ ዘረኝነት ወይ በቋንቋ ወይ ባህሪ አድልዎ የሚፈገፀሙ ታካሚዎችና ጠያቂዎች።
 - ጥፋት የሚያጠፋ ወይ ስርዓትአልባ ታካሚዎችና ጠያቂ።
 - ታካሚዎች ወይ ጠያቂዎች የሚያመጧቸው ኮንትራባንድ ወይ ማንኛውም መሳርያ። ይህም ሕገወጥ ይዘቶች፣ የመድሃኒት ዕቃዎች፣ ቁጥጥር የሚደረግባቸው መድሃኒቶች፣ ሽጉጦች፣ ቢላዎች፣ እንደ ሺቭስ፣ ምላጭ ወይ ካርቶን መክፈቻ ወይ ሌሎች ጉዳት አድራሽ መሳርያዎችን ጨምሮ በዚህ ሳይገደብ።

ተዛማጅ በሽታ ምርመራ ፈቃድ ማስታወቂያ፡

ቨርጅንያ ኮድ ክፍል 32.1-45.1 መሰረት የታካሚው ፈሳሽ ኢሙዩናዲፊንስ ቫይረስ (HIV) ወይ ሂፐታይትስ B ወይ C ሊኖረውና ለጤና እንክብካቤ አቅራቢው ወይ ሌላ ታካሚ ተጋላጭ ከሆነ፣ ይህ ሌላኛው ሰው ለምርመራ ፈቃደኛ እንደሆነ ተደርጎ ስለሚታሰብ የግድ ፈቃድ ማግኘት የለበትም።

የህክምና ፈቃድ፡

- የህክምና ባለሙያዎች ለእኔ እንክብካቤ የተመደቡ ክልኔካል ሰራተኞችና ቴክኒካል ሰራተኞች ወይ ህፃን ልጄን ወይ ከታች ስማቸው የተጠቀሱትን ታካሚ እንዲያከሙ ፈቃድ ሰጥቻለሁ።
- ህክምና አቅራቢ የ ላብራቶሪ ወይ ራድዮሎጂ ምርመራ የመሳሰሉ የአሰራር አገልግሎት ማቅረብ ወይ ለደህንነቴና እንክብካቤ አስፈላጊ የሆነ ማንኛውንም ተጨማሪ አገልግሎት እንዲቀርብ ፈቃድ አሰጣለሁ። የላብራቶሪ ምርመራ የ HIV ምርመራ ያካትታል የ HIV ምርመራ አለማድረግ እንደምችል አረዳለሁ።
- Inova ኤሌትሮኒክ ሜዲካል ሪከርድ እንደሚጠቀም አረዳለሁ።
- ከማንኛውም ፋርማሲ ወይ መድሃኒት ቁጥጥር ኤጀንሲ ውስጥ የሚገኘው የመድሃኒት ታሪኬ ለ Inova እንዲለቀቅ ፈቅጃለሁ።
- ከታች ስፈርም ከላይ በተቀመጡት የታካሚዎች መብትና ግዴታ እንደምስማማ ለህክምና ፈቃደኛ መሆኔ እውቅና አሰጣለሁ።

ታካሚ/ተከባካቢ/ወዘተ (ፈርማ) (Patient/Guardian/etc. (signature))	ታካሚ/ተከባካቢ/ወዘተ (የታተመ ስም) (Patient/Guardian/etc. (print name))	ቀን (Date)	ሰዓት (Time)
--	---	--------------	---------------

ከሕመምተኛው ጋር ያለ ዝምድና (በታካሚው ካልተፈረመ)
 (Relationship to Patient (if not signed by patient))

ምስክር (ፈርማ) (Witness (signature))	ምስክር (የታተመ ስም) (Witness (print name))	ቀን (Date)	ሰዓት (Time)
-------------------------------------	--	--------------	---------------

የተርጓሚ መረጃ (ከተቻለ በ Inova ሰራተኛ የሚጠናቀቅ): አስተርጓሚ አያስፈልግም
Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable): **No Interpreter Required**
 In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____
 Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record #: _____

Gender: Male Female

Inova
የታካሚዎች መብትና ግዴታ
 Patient Rights and Responsibilities **AMHARIC**

