



### مریض کے حقوق اور ذمہ داریاں:

حقوق اور ذمہ داریوں کی درج ذیل فہرست سبھی کو شامل نہیں ہے، مگر اس کا مقصد آپ کے لیے ہماری فکرمندی کا اظہار کرنا اور ان حقوق اور ذمہ داریوں کی ادائیگی کی ضرورت پر تاکید کرنا ہے۔

### ایک مریض کے طور پر، آپ کو درج ذیل حقوق حاصل ہیں۔

- سبھی طرح کی بدسلوکی، ہراسانی یا امتیاز سے پاک ایک محفوظ ماحول میں دوسروں کا خیال رکھنے اور عزت دینے والی نگہداشت کی فراہمی۔
- اپنے نگہداشت منصوبہ کی ترقی اور نفاذ میں شرکت کرنا اور اپنی طبی نگہداشت سے متعلق فیصلوں میں فعال طور پر شرکت کرنا۔ قانون کے ذریعہ اجازت دی گئی حد تک، اس میں علاج کی درخواست کرنے اور/یا انکار کرنے کا حق شامل ہے۔
- اپنی درخواست پر، خاندان کے کسی فرد، منتخب نمائندہ اور/یا اپنے خود کے معالج کو فیصلہ میں آپ کے داخل ہونے کی فوری طور پر اطلاع دلائیں۔
- کسی طریقہ کار سے اس وقت تک نہ گزرنا جب تک آپ یا آپ کا قانونی طور پر مجاز نمائندہ رضاکارانہ، اہل اور سمجھ والی رضامندی دیتا ہے۔
- اپنی بیماری، ممکنہ علاجوں، اور نگہداشت کے ممکنہ نتائج (غیر متوقع نتائج سمیت) سے اچھی طرح باخبر ہونا اور اس معلومات پر اپنے ڈاکٹر کے ساتھ گفتگو کرنا۔ آپ کو اپنی جانب سے اس معلومات کو موصول کرنے کے لیے کسی شخص کو نامزد کرنے کا حق ہے۔
- اپنی معمول کی نگہداشت کے لیے کسی نامزد نمائندہ کو کسی فراہم کردہ اپ ڈیٹ کے لیے موجود رکھیں۔ کسی ہنگامی صورت حال میں، جب آپ کے اندر فیصلہ سازی کے استعداد کی کمی ہو اور علاج کی ضرورت فوری ہو، تو معلومات آپ کی جانب سے کسی دوسرے شخص کو دستیاب کرائی جائے۔ ہم آپ کے نامزد نمائندہ کو آپ کی حالت میں کسی اہم تبدیلی کے بارے میں بتائیں گے، جیسے کہ نگہداشت کی اعلیٰ تر سطح تک منتقلی یا جتنی جلدی طبی نگہداشت اجازت دے غیر منصوبہ بند ہنگامی طریقہ ہائے کار کی ضرورت۔
- پیشگی ہدایت رکھنا (جیسے کہ صحت نگہداشت کا قائم مقام، عضو کا عطیہ یا طبی فیصلہ لینے کا اختیار دینے والی تحریری وصیت) اور یہ امید کرنا کہ Inova ہدایت کے منشا کا اس وقت تک لحاظ رکھے گی جہاں تک قانونی اور فیصلہ پالیسی کی اجازت ہو۔
- آپ کے علاج ریکارڈوں کی رازداری، سوائے یہ کہ آپ نے معلومات جاری کرنے کی اجازت دے دی ہو یا اگر قانون کے ذریعہ انہیں بتانے کی اجازت یا تقاضا ہو۔
- اپنے معالج کے مشورہ کے خلاف ہونے کے باوجود فیصلہ سے چلے جانا۔
- معالج، طبی ماہر نفسیات، یا ایسے دیگر پریکٹیشنر کا نام جاننا جو آپ کی نگہداشت، علاج، یا خدمات کو باہم مربوط رکھنے کا بنیادی طور پر ذمہ دار ہے۔
- جب فیصلہ نگہداشت مزید مناسب نہ رہ جائے تو متبادلات کے بارے میں بتایا جانا۔
- فیصلہ میں آپ کے جانے یا وہاں سے ڈسچارج ہونے کے بعد جاری صحت نگہداشت ضروریات کے بارے میں اپنے معالج کے ذریعہ مطلع کیا جانا۔
- ترجمان کی خدمات تک مفت رسائی حاصل کرنا۔
- آپ کی طبی معلومات کی رازداری۔ آپ، آپ کے حقوق اور آپ کی طبی معلومات کے استعمال اور انکشاف سے متعلق ہماری ذمہ داریوں کے انکشافات ہماری نوٹس برائے نجی اعمال کی مطابقت میں کیے جاتے ہیں۔
- اگر آپ کو تشخیص شدہ معذوری لاحق ہے اور اس معذوری کے لئے آپ کو معاونت اور امداد کی ضرورت ہے تو اپنے ساتھ معاونت کرنے والا ایک نامزد شخص رکھیں۔
- اگر آپ چاہیں تو آپ Virginia Department of Health, Office of Licensure and Certification, 9960 Mayland Drive, Suite 401, Richmond, VA 23233 سے بھی رابطہ کر سکتے/تی یا 800-955-1819 پر کال کر سکتے/تی ہیں۔ مزید، آپ Office of Quality Monitoring, The Joint Commission, One Renaissance Blvd., Oakbrook Terrace, IL 60181 یا [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org) کے ہوم پیج پر واقع "ایکشن سینٹر" کا استعمال کر کے رابطہ کر سکتے/تی ہیں۔

اگر آپ کا ماننا ہے کہ Inova ان خدمات کو فراہم کرنے میں ناکام رہی ہے یا اس نے نسل، رنگ، قومی اصل، عمر، مذہب، ثقافت، جنس، صنف، صنفی شناخت یا اظہار، جنسی رجحان، ازدواجی حالت، معذوری، فوجی حالت، حمل یا زچگی، یا متعلقہ حالات کی بنیاد پر امتیاز کیا ہے تو 703-205-2175 پر کال کر کے شکایت درج کرائیں۔ آپ شکایت روبرو آ کر یا ڈاک، فیکس، یا ای میل کے ذریعہ درج کر سکتے/تی ہیں۔ اگر آپ کو شکایت درج کرانے میں مدد کی ضرورت ہو، تو مریض کے ساتھ تعلقات کا عملہ یا مینیجر آپ کی مدد کے لیے دستیاب ہے۔

### ایک مریض کے طور پر، آپ کی درج ذیل ذمہ داریاں ہیں:

- اپنی صحت کے بارے میں مکمل اور درست معلومات فراہم کرنا، جن میں ماضی کی بیماری، فیصلہ میں قیام، دواؤں کا استعمال، اور آپ کی صحت سے متعلق دیگر معاملات شامل ہیں۔
- اگر آپ اپنی نگہداشت یا اس بارے میں بتائی گئی بات کو نہیں سمجھتے ہیں کہ آپ کو متوقع طور پر کیا کرنا ہے تو سوالات پوچھنا۔

#### PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Medical Record # \_\_\_\_\_

Gender:  Male  Female

#### Inova

### مریض کے حقوق اور ذمہ داریاں

#### Patient Rights and Responsibilities

URDU

IAH  IFH  IFOH  ILH  IMVH

Outpatient Location: \_\_\_\_\_

Page 1 of 2

CAT # 30792-UR / R090623 • PKGS OF 100



## ایک مریض کے طور پر، آپ کی درج ذیل ذمہ داریاں ہیں: (جاری)

- آپ کے لیے بنائے گئے نگہداشت، خدمت یا علاج منصوبے کی پیروی کرنا۔
- یہ سمجھنا کہ مریض Inova کی پیشگی اجازت کے بغیر Inova کی جانیداد میں کسی شخص یا عمل کی تصویر کشی، ویڈیو سازی، ریکارڈنگ یا فلم بندی نہیں کر سکتا ہے۔ یہ آپ کے زائرین پر بھی لاگو ہے۔
- یہ تسلیم کرنا کہ فیسلٹی میں رہتے وقت آپ جو بھی دوائیں لیں گے وہ سبھی آپ کے ڈاکٹر کے ذریعہ تجویز کردہ ہوں گی، جنہیں فیسلٹی کے دواخانہ سے دیا جائے گا اور کسی نرس یا معالج کے ذریعہ کھلایا، پلایا یا لگایا جائے گا۔
- جب تک فیسلٹی پروٹوکول کی اجازت نہ ہو مریض اپنی خود کی دوائیں نہیں لا سکتے ہیں۔
- مریض دواؤں کو اپنے بستر کے بغل میں نہیں رکھ سکتے ہیں۔
- اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ اپنے علاج منصوبے کی پیروی نہیں کر سکتے/تی ہیں تو ڈاکٹر کو بتانا اور اگر آپ مجوزہ علاج منصوبے کی پیروی نہ کرنے کا فیصلہ کرتے/تی ہیں تو ممکنہ نتائج کو سمجھنا۔
- فیسلٹی کو درست رابطہ معلومات اور بلنگ معلومات فراہم کرنا۔
- اپنے صحت بیمہ احاطہ کی مفصل جانکاری رکھنا جس میں ڈکٹبلس، کوپیمٹس اور نیٹ ورک کوریج شامل ہیں۔
- عملہ کے تئیں عزت کا معاملہ کرنا۔ یہ آپ کے زائرین پر بھی لاگو ہے۔
- دیگر مریضوں اور فیسلٹی جانیداد کو عزت دینا اور فیسلٹی کے اصول و ضوابط کی تعمیل کرنا۔ یہ آپ کے زائرین پر بھی لاگو ہے۔
- یہ تسلیم کرنا کہ فیسلٹی کسی ذاتی ملکیت کا ذمہ نہیں لے سکتی ہیں۔
- تحفظ سے متعلق سبھی توقعات پر عمل کرتے ہوئے۔ Inova درج ذیل کے تئیں بالکل بھی روادار نہیں ہے:
  - مریضوں اور زائرین کی جانب سے تعصب پر مبنی، نسل پرستانہ یا امتیازی زبان یا رویہ۔
  - نقصان پہنچانے والے یا احترام نہ کرنے والے مریض اور زائرین۔
  - مریضوں یا زائرین کے ذریعہ ممنوعہ اموال یا ہتھیاروں کو لایا جانا۔ اس میں یہ شامل ہیں مگر یہ انہیں میں محدود نہیں: غیر قانونی منشیات، منشیات بنانے کے سامان، قابو کردہ اشیاء، آتش ہتھیار، چھریاں، تیز دھار والے آلات جیسے کہ چاقو، ریزر یا باکس کاٹنے کے آلات، ٹیزر، یا ایسے دیگر آلات جن کا مقصد نقصان پہنچانا ہو۔

## متعدی بیماری جانچ کے لیے مانی گئی رضامندی (Deemed Consent) کی نوٹس

ورجینیا کوڈ سیکشن 32.1-45.1 میں یہ ہے کہ جب صحت نگہداشت فراہم کرنے والا شخص یا کوئی مریض کسی دوسرے شخص کے جسمانی سیالوں پر اس طرح سے منکشف ہوتا ہے کہ جس سے انسانی دفاعی نظام کو ختم کرنے والا وائرس (HIV) یا ہیپاٹائٹس B یا C کا وائرس منتقل ہو سکتا ہو، تو یہ مانا جاتا ہے کہ اس طرح کے شخص نے ان وائرسوں کی جانچ کرنے اور اس طرح سے منکشف ہونے شخص کی جانچ کے نتائج کو جاری کرنے کی رضامندی دے دی ہے، اور حقیقی رضامندی کی ضرورت نہیں ہے۔

## علاج کے لیے رضامندی:

- میں بذریعہ بڈا میری نگہداشت یا میرے نابالغ بچے کی نگہداشت یا نیچے نامزد مریض کی نگہداشت پر مامور طبی معالج، طبی عملہ اور تکنیکی ملازم کے ذریعہ طبی علاج کی اجازت دیتا/تی ہوں۔
- میں اپنے علاج فراہم کنندگان کو کوئی بھی معاون خدمات کا حکم دینے کا اختیار دیتا/تی ہوں، جیسے کہ لیباریٹری یا ریڈیولوجی جانچیں، یا میری نگہداشت یا حفاظت کے لیے ضروری سمجھی جانے والی کوئی دیگر خدمات یا علاج۔ لیباریٹری جانچوں میں HIV کی جانچیں شامل ہو سکتی ہیں اور میں سمجھتا/تی ہوں کہ مجھے HIV کی جانچ کا انکار کرنے کا حق حاصل ہے۔
- میں سمجھتا/تی ہوں کہ Inova ایک برقی طبی ریکارڈ نظام استعمال کرتا ہے۔
- میں کسی بھی دواخانہ یا دواؤں کی نگرانی کرنے والی ایجنسی سے میری دواؤں کی تجویز کی سرگزشت کو میرے Inova معالج کے لیے جاری کرنے کا اختیار دیتا/تی ہوں۔
- نیچے دستخط کر کے، میں اوپر مذکور مریضوں کے حقوق اور ذمہ داریوں اور علاج کے لیے رضامندی کا اعتراف اور انہیں قبول کرتا/تی ہوں۔

مريض/سرپرست/اوغیره (دستخط) (Patient/Guardian/etc. (signature))	مريض/سرپرست/اوغیره (مطبوعه نام) (Patient/Guardian/etc. (print name))	تاریخ (Date)	وقت (Time)
---	---	-----------------	---------------

مريض سے رشتہ (اگر مریض کے ذریعہ دستخط نہ کیا گیا ہو)  
(Relationship to Patient (if not signed by patient))

گواہ (دستخط) (Witness (signature))	گواہ (مطبوعه نام) (Witness (print name))	تاریخ (Date)	وقت (Time)
---------------------------------------	---	-----------------	---------------

ترجمان معلومات (Inova) عملہ کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا، اگر لاگو ہو:  کسی ترجمان کی ضرورت نہیں ہے

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

Patient Rights and Responsibilities

URDU

