



У продовження вашої телефонної/віртуальної консультації надсилаємо наш початковий новий клієнтський пакет. Цей пакет необхідно переглянути та заповнити. Ці пакети завжди видаються під час першого прийому. Враховуючи нашу поточну практику телетерапії, ми хочемо бути впевненими, що ви отримаєте та заповните цю документацію.

Зверніть увагу, деякі документи потрібно підписати та повернути. Ці сторінки були спеціально виділені, щоб ви звернули на них увагу. Ми просимо вас поставити дату, підпис або ініціали у секціях, позначених як «Дата та підпис клієнта». Якщо клієнтом є дитина віком 13 років та більше, ця дитина має підписати форми, але один із батьків/офіційний опікун може також підписати їх. Також на кожній сторінці має міститися ім'я та прізвище клієнта друкованими літерами.

Потрібно повернути ЛИШЕ такі документи:

1. Підтвердження умов лікування та розкриття фінансової інформації — амбулаторне лікування
2. Згода на телемедичні послуги
3. Заява про розкриття клінічної інформації
4. Форми та підписи
5. Згода на оприлюднення інформації DSHS (тільки для філії Greater Lakes)
6. Усі шкали/екрани надано для заповнення

Крім того, ми пропонуємо кілька різних способів, якими ви можете повернути підписані та заповнені документи.

- Ви можете повернути документи поштою США (додається маркований конверт),
- Ви можете залишити документи безпосередньо в установі, де ви отримуєте послуги з питань психічного здоров'я або розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин (адреса, телефон і факс указані нижче)

Центр психічного здоров'я Greater Lakes Mental Health: 9330 59th Ave. SW, Lakewood, WA 98499. Факс 253-620-5002. Телефон 253620-5150.

Центр психічного здоров'я MultiCare Behavioral Health: 325 East Pioneer, Puyallup, WA 98372. Факс 253-697-8393. або відправте пакет на електронну адресу bhmedicalrecords@multicare.org. Телефон 253-697-8530.

Центр психічного здоров'я Navos Mental Health: 1210 SW 136th St., Burien, WA 98166. Факс 206-257-6830. Телефон 206-257-6609.

1033 SW 152nd St., Burien, WA 98166. Факс 206-257-6830. Телефон 206-257-6609.

Якщо у вас виникли додаткові запитання або сумніви щодо цього процесу, зателефонуйте за одним з номерів телефонів, вказаних вище, і ми зробимо все можливе, щоб відповісти на ваші запитання.

Дякуємо,

Команда управління медичною інформацією Мережі охорони здоров'я з питань поведінкового здоров'я MultiCare

Підтвердження умов лікування та розкриття фінансової інформації — амбулаторне лікування

Я погоджуюсь і даю згоду на отримання амбулаторного психіатричного лікування та послуг від мережі MultiCare Behavioral Health Network (Greater Lakes Mental Health, MultiCare Behavioral Health (MBH), Navos).

Я погоджуюсь і даю згоду на отримання амбулаторного лікування розладу, спричиненого вживанням психоактивних речовин, та послуг від мережі MultiCare Behavioral Health Network (Greater Lakes Mental Health, MultiCare Behavioral Health (MBH), Navos).

ЗГОДА НА МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ: Я погоджуюся на медичне обслуговування та лікування в межах системи MultiCare Health System («MultiCare»), в т.ч. іншими медичними працівниками, які працюють у MultiCare або іншим чином пов'язані з нею (наприклад, Navos, MBH, Greater Lakes, Behavioral Health Network (BHN)), які призначені для надання мені медичного обслуговування. Ця згода може стосуватися обстежень, оцінок, тестів, лабораторних досліджень, лікування психічного здоров'я або розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Я розумію, що маю право в будь-який час задавати запитання щодо мого медичного обслуговування та брати участь у прийнятті рішень щодо мого медичного обслуговування.

ВІДСУТНІСТЬ ГАРАНТІЙ РЕЗУЛЬТАТІВ АБО ЛІКУВАННЯ: Мені не було надано жодних обіцянок чи гарантій результатів або лікування.

ФОТОГРАФІЇ З МЕТОЮ ЛІКУВАННЯ, ДІАГНОСТИКИ ТА/АБО ІДЕНТИФІКАЦІЇ: З метою діагностики та лікування я дозволяю робити і використовувати такі зображення, як фотографії. Це можуть бути відео- та електронні методи моніторингу або запису. Ці зображення можуть бути використані для доповнення письмової інформації про мою хворобу або травму. Деякі зображення використовуються один раз і негайно знищуються, коли в них більше немає потреби. Інші можуть зберігатися як частина моєї медичної карти за вибором надавачів медичних послуг. Мої фотографії також можуть бути зроблені з метою ідентифікації.

ЗОБРАЖЕННЯ АБО ЗАПИСИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ І ЗАКЛАДІВ: Я розумію, що повинен отримати дозвіл від усіх медичних працівників та інших присутніх осіб, перш ніж я зможу фотографувати або знімати на відео. Я також розумію, що не можу записувати розмови будь-яким способом без попереднього отримання дозволу всіх осіб, які записуються.

Мені відомо, що мій надавач послуг використовує відеоспостереження у вестибюлях і ззовні (наприклад, на автостоянках) для забезпечення безпеки та для оперативних цілей.

ФІНАНСОВА УГОДА: Я погоджуюся платити філіям MultiCare (Navos, Greater Lakes, MBH) за медичне обслуговування за звичайними тарифами та умовами, що застосовуються до мого медичного обслуговування та будь-якого відповідного медичного страхування, яке я маю. Я дозволяю MultiCare оскаржити будь-яку відмову, отриману від моєї страхової компанії. Якщо сторонній платник не буде платити, я погоджуюся оплатити надані послуги відповідно до будь-яких застосованих договірних або державних норм. Якщо третя сторона спричинила мені травми, я розумію, що MultiCare може подати заяву про заставу медичних послуг, як це дозволено згідно з розділом 60.44.010 Переглянутого Кодексу штату Вашингтон (RCW). (Це право застави поширюється лише на частину доходів від будь-якого розрахунку між мною та стороною, яка завдала мені шкоди.) Якщо мій рахунок буде надіслано юристу чи колекторському агентству, всі об'єктовані витрати та оплату послуг адвоката разом із відсотками та будь-якими іншими сумами, які можуть бути заборгованими. Інформація про орієнтовну вартість медичних послуг надається за запитом. Я розумію, що маю право вимагати цю інформацію.

Ідентифікація пацієнта — Завжди прикріплюйте стікер пацієнта

Ім'я та прізвище клієнта:

№ MRN:

№ CSN:

Вік / стать і гендер:

ПІДТВЕРДЖЕННЯ УМОВ ЛІКУВАННЯ ТА РОЗКРИТТЯ ФІНАНСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ — АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ

Сторінка 1 з 3



60-0840-7 (12/23)

Я розумію, що мій надавач послуг може надсилати мою ідентифікаційну інформацію стороннім платникам, таким як організації, що організують медобслуговування, Medicare, Medicaid тощо. Вся інформація про клієнта, надіслана відповідно до цих типів агентств, є конфіденційною і використовується виключно для виставлення рахунків. Я надаю згоду та надаю дозвіл на розкриття цим агентствам інформації про моє психічне здоров'я та/або розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин.

АГЕНТИ ТА ПІДРЯДНИКИ: Щоразу, коли вище згадується MultiCare, я маю на увазі також її співробітників, посадових осіб, агентів, адвокатів, перших і третіх сторін, агентів з питань відповідальності та позовів, адміністраторів позовів третіх сторін і колекторських агентств, а також їхніх агентів або співробітників до отримання будь-якої інформації, яку в іншому випадку мала б право отримувати MultiCare.

MEDICARE: Якщо я є учасником програми Medicare, я розумію, що мені потрібно платити за послуги, які не покриваються програмою Medicare. Це може включати, але не обмежуватися послугами, які покриваються полісом страхування автомобіля чи відповідальності, або якщо третя сторона іншим чином несе відповідальність за будь-який нещасний випадок або травму, що призвела до того, що я потребую медичного обслуговування, а також будь-яких послуг, які іншим чином не покриваються Medicare.

СПІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ: Для медичного обслуговування, яке надається у зв'язку з моїми виплатами Medicare або іншими страховими виплатами, може існувати спільне страхування.

ДОЗВІЛ НА ТЕЛЕФОННІ ДЗВІНКИ, ЕЛЕКТРОННІ ЛИСТИ, ТЕКСТОВІ ПОВІДОМЛЕННЯ: Я погоджуюся та надаю дозвіл MultiCare та її філіям:

(1) зв'язуватися зі мною по телефону за будь-яким телефонним номером, пов'язаним зі мною, у тому числі на бездротові (мобільні) номери; (2) залишати мені повідомлення на автовідповідачі та голосову пошту, а також включати в будь-які такі повідомлення інформацію, що вимагається законом (включаючи закони про стягнення боргів) та/або щодо заборгованих мною сум; (3) надсилати мені текстові повідомлення або електронні листи, використовуючи будь-яку надану мною електронну пошту або адресу мобільного пристрою, та (4) використовувати попередньо записані/штучні голосові повідомлення та/або пристрій автоматичного набору («автодозвін») у зв'язку з будь-якими повідомленнями, зробленими мені або пов'язаними з моїми запланованими послугами та моїм обліковим записом, якщо я не скористався(-лася) опцією «відмовитися», пов'язаною з такими електронними листами або текстовими повідомленнями, або іншим чином не повідомив MultiCare у письмовій формі про припинення таких повідомлень з використанням цих каналів. (Я розумію, що процес відмови може набути чинності протягом десяти (10) робочих днів.) Я розумію, що я не зобов'язаний(-а) приймати повідомлення в цих форматах як умову отримання послуг від MultiCare або її філій.

ЕЛЕКТРОННИЙ ЛИСТ, ЩО МІСТИТЬ ЗАХИЩЕНУ МЕДИЧНУ ІНФОРМАЦІЮ; MYCHART: Я розумію, що обмін листами по електронній пошті, текстовими повідомленнями або іншими письмовими повідомленнями з надавачем(-ами) медичних послуг або іншими членами групи, яка надає мені медичні послуги може призвести до розголошення захищеної медичної інформації стороннім особам, і що MultiCare не може контролювати, хто переглядає таку інформацію, коли вона надсилається в незашифрованому вигляді. Я розумію, що MultiCare пропонує всім пацієнтам послугу MyChart, яка забезпечує повністю зашифрований і захищений канал для спілкування з більшістю своїх надавачів послуг, хоча не всі постачальники послуг MultiCare вирішили використовувати MyChart. Якщо я ініціюю або відповідаю на повідомлення, використовуючи незашифровані канали, я беру на себе ризик того, що моя інформація може бути використана неналежним чином, і я надаю дозвіл MultiCare та її надавачам медичних послуг зв'язуватися зі мною за допомогою цього процесу, якщо або до тих пір, поки я не вирішу відмовитися від таких каналів зв'язку, повідомивши про це свого надавача послуг в письмовій формі, надаючи до десяти робочих днів для впровадження будь-яких змін у моїх каналах зв'язку.

ПОПЕРЕДНІ РОЗПОРЯДЖЕННЯ / МЕДИЧНИЙ ЗАПОВІТ: Я розумію, що маю право скласти попередні розпорядження щодо медичного обслуговування (які часто називають «медичним заповітом») та/або попередні розпорядження щодо психічного здоров'я. Я розумію, що можу отримати інформацію про політику попереднього розпорядження у свого надавача послуг. Якщо я заповнив(-ла) форму попередніх розпоряджень, я погоджуюся надати копію такої форми моєму надавачеві послуг.

ДОВІРЕНІСТЬ НА ПРАВО ПРЕДСТАВЛЯТИ ІНТЕРЕСИ ХВОРОГО / ДОВІРЕНІСТЬ НА ПРАВО ПРЕДСТАВЛЯТИ ІНТЕРЕСИ ХВОРОГО У ВИПАДКУ ПСИХІЧНОЇ ХВОРОБИ: Я розумію, що можу призначити іншу особу або осіб, які прийматимуть за мене рішення щодо мого здоров'я або психічного здоров'я у випадках, коли я буду не в змозі робити це самостійно. Це можуть бути звичайні медичні рішення (у тому числі рішення, що стосуються життя і смерті), а також рішення про психічне здоров'я. Я надаю MultiCare копії цих рішень або іншим чином повідомлю MultiCare, де вони знаходяться.

Ідентифікація пацієнта — Завжди прикріплюйте стікер пацієнта

Ім'я та прізвище клієнта:

№ MRN:

№ CSN:

Вік / стать і гендер:

ПІДТВЕРДЖЕННЯ УМОВ ЛІКУВАННЯ ТА РОЗКРИТТЯ ФІНАНСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ — АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ

Сторінка 2 з 3



60-0840-7 (12/23)

ЗАГАЛЬНІ ЗАСТЕРЕЖЕННЯ ТА ПІДТВЕРДЖЕННЯ: Мені було надано заяву про мої індивідуальні права мовою, якій я надаю перевагу, і я розумію, що можу звернутися до адміністратора або свого терапевта, якщо у мене виникнуть запитання, я обговорив(-ла) наявність місцевих правозахисних організацій, які можуть допомогти мені зрозуміти мої права, я також отримав(-ла) копію цієї форми та перелік актів непрофесійної поведінки та інформацію про те, до кого можна звернутися, якщо я захочу подати скаргу.

Я розумію, що вогнепальна та інша зброя заборонена в будь-якому закладі мережі MultiCare Behavioral Health Network (МСВНН), і що мене попросять покинути приміщення, якщо я матиму при собі зброю.

Я розумію, що агентство з питань психічного здоров'я це середовище, в якому заборонено тютюн, наркотики, алкоголь та марихуана; ці речовини заборонені на території агентства. Продаж або обмін ліків (незаконних, рецептурних, алкогольних напоїв тощо) заборонено на території агентства. Особи, які мають ознаки наркотичного/алкогольного сп'яніння, можуть бути вимушені перенести свою зустріч і покинути приміщення.

Ця згода залишається чинною до моменту припинення надання мені послуг з лікування розладу психічного здоров'я та/або розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин.

Поставте підпис і дату нижче:

**

Підпис клієнта (13 років і більше)

**

Підпис одного з батьків/законного представника

**

Ім'я та прізвище друківаними літерами та родинний зв'язок

**

Дата

Ідентифікація пацієнта — Завжди прикріплюйте стікер пацієнта

Ім'я та прізвище клієнта:

№ MRN:

№ CSN:

Вік / стать і гендер:

**ПІДТВЕРДЖЕННЯ УМОВ ЛІКУВАННЯ ТА
РОЗКРИТТЯ ФІНАНСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ
— АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ**

Сторінка **3** з **3**



60-0840-7 (12/23)

Згода на телемедичні послуги

Я розумію, що телемедицина — це використання електронних інформаційно-комунікаційних технологій надавачем медичних послуг для надання послуг пацієнту, який перебуває в іншому місці, ніж надавач послуг, що дозволяє здійснювати зв'язок у режимі реального часу.

Підписуючи цю форму, я даю згоду мережі MultiCare Behavioral Health (MBH), Greater Lakes Mental Health (GLMH) або Navos на надання мені послуг за допомогою телемедицини.

Я розумію, що закони, які захищають конфіденційність приватного життя та конфіденційність медичної інформації, також застосовуються до послуг, що надаються мені за допомогою телемедицини.

Я розумію, що телемедичні послуги можуть бути припинені в будь-який час мною або моїм надавачем послуг, якщо він/вона вирішить, що телемедичні послуги більше не є доцільними. Ця інформація буде задокументована в моїй електронній медичній картці. Якщо надання телемедичних послуг буде припинено, я отримуватиму лише послуги телефоном або, за можливості, послуги за особистою присутністю.

Я розумію, що мені потрібно з'являтися вчасно на всі призначені телемедичні консультації.

Я розумію, що під час консультації мені потрібно перебувати в тихому, вільному від відволікаючих факторів місці.

Я розумію, що я надам свій номер телефону на початку консультації на випадок, якщо телемедична технологія вийде з ладу, і консультацію потрібно буде продовжити по телефону.

Я погоджуюся повідомити свого надавача послуг, якщо у мене виникнуть технічні проблеми, пов'язані з телемедичними послугами.

Я розумію, що маю право подати скаргу, якщо вважатиму, що мої права порушуються, матиму сумніви щодо якості медичного обслуговування/лікування, яке я отримую, або матиму будь-які етичні проблеми, пов'язані з телемедичними послугами.

ПРОЦЕС РОЗГЛЯДУ СКАРГ: Ви маєте право звернутися у Відділ забезпечення якості систем охорони здоров'я Департаменту охорони здоров'я штату Вашингтон, якщо вважаєте, що ваш консультант демонструє непрофесійну поведінку, як описано в Переглянутому Кодексі штату Вашингтон (RCW) 18.130.180. Washington State Department of Health, Health Systems Quality Assurance, Complaint Intake, P.O. Box 47857, Olympia, WA 98504-7857 або 360-236-4700.

Переваги, обмеження та ризики

Мережа MultiCare Behavioral Health Network використовує платформи телемедицини, сумісні з Законом США про спадкоємність і підзвітність медичного страхування (HIPAA). MBH, GLMH і Navos вжили заходів обережності, щоб зробити надання телемедичних послуг максимально безпечним, проте все ще залишаються деякі ризики, пов'язані з віртуальним наданням послуг, як-от перехоплення під час передачі або підслуховування розмов під час консультації іншими особами.

Якщо телемедична технологія виходить з ладу, дзвінок обривається/несподівано закінчується, надавач послуг спробує повторно ініціювати сесію телемедичних послуг. Залежно від типу послуги, якщо це не вдасться, провайдер зв'яжеться з вами телефоном і надасть телефонну послугу. Якщо і це не вдасться, надавач послуг зв'яжеться з вами пізніше, щоб повторно запланувати час надання послуги.

Я уважно прочитав(-ла) і зрозумів(-ла) усі вищезазначені категорії і можу отримати копію цієї форми, що підтверджується моїм підписом нижче.

Підпис клієнта (обов'язково, якщо вік 13 років і більше): * _____

Відповідальна сторона Підпис одного з батьків/законного опікуна: * _____

Дата: _____

Ідентифікація пацієнта — Завжди прикріплюйте стікер пацієнта

Ім'я та прізвище клієнта:

№ MRN:

№ CSN:

Вік / стать і гендер:

ЗГОДА НА ТЕЛЕМЕДИЧНІ ПОСЛУГИ



60-0841-8 (12/23)

Заява про розкриття інформації про радника групи

З метою забезпечення високих стандартів практики для дотримання ліцензійних вимог Закону про психічне здоров'я, мережа Behavioral Health Network (BHN), що складається з Greater Lakes Mental Healthcare, MultiCare Behavioral Health та Navos, наймає консультантів, які пройшли підготовку згідно з професійними стандартами психології, соціальної роботи, розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, та/або інших суміжних галузей. BHN надає послуги особам, які мають емоційні, поведінкові, психіатричні розлади та розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин. Ці послуги включають (але не обмежуються) оцінку потреб, індивідуальну/сімейну/групову терапію для дорослих і дітей та кейс-менеджмент. Крім того, ми ведемо клінічні записи, процедури розгляду випадків, навчання без відриву від виробництва, щотижневі супервізії та психіатричні консультації, які відповідають вимогам законів штату Вашингтон про психічне здоров'я і сприяють забезпеченню високої якості послуг, що надаються нашими консультантами.

КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ ТА РОЗГОЛОШЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ:

Я розумію, що мої записи захищені Законом штату Вашингтон RCW 70.02 і Федеральними правилами HIPAA 45 CFR, частини 160 і 164, а також Федеральними правилами, що регулюють конфіденційність даних про пацієнтів, які вживають алкоголь і наркотики, 42 CFR, частина 2. Агенції Мережі психічного здоров'я розкривають медичну інформацію без дозволу клієнта лише в обсязі, передбаченому законодавством.

Під час сімейної терапії клієнт (віком 13 років і більше) або його батьки/законні опікуни (для клієнтів віком до 13 років) підписують форму «Дозвіл на розкриття інформації» від імені всіх учасників терапевтичних сесій. Конфіденційна інформація буде розкрита тільки відповідно до федеральних (HIPAA 45 CFR, частини 160 і 164, 42 CFR, частина 2) і штатних (RCW 70.02) законів про розкриття медичної інформації. Чутливі дані про психічне здоров'я членів сім'ї, хімічну залежність та/або захворювання, що передаються статевим шляхом, будуть переглянуті і за потреби відредаговані перед публікацією.

Нижче наведено інформацію про групу, до якої ви будете звертатися, а також вимоги штату щодо розкриття інформації про консультантів.

Група: Прийом BHN **Ім'я та прізвище і контактна інформація супервізора:** Марсі МакКлюр, LMHC 253.620.5075

Група складається з інтернів, консультантів, афілійованих з агентством, асоційованих та ліцензованих консультантів, а також стажерів та професіоналів у галузі розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин. У будь-який час ви можете запросити список персоналу, в якому буде вказано ім'я та прізвище, відділ та номер посвідчення/ліцензії штату Вашингтон кожного члена групи.

- Клінічні інтерни проводять лікування під наглядом затвердженого керівника. (Інтерни не можуть самостійно займатися клінічною соціальною роботою, консультуванням з питань психічного здоров'я або терапією шлюбу та сім'ї за винагороду, грошову чи іншу).
- Консультанти, афілійовані з агентством, надають лікування під наглядом затвердженого супервізора. (Афілійовані консультанти агентства не можуть самостійно займатися клінічною соціальною роботою, консультуванням з питань психічного здоров'я або шлюбно-сімейною терапією за винагороду, грошову чи іншу).
- Асоційований консультант надає лікування під наглядом затвердженого супервізора. (Асоційовані консультанти не можуть самостійно займатися клінічною соціальною роботою, консультуванням з питань психічного здоров'я або шлюбно-сімейною терапією за винагороду, грошову чи іншу).
- Фахівець з розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, проводить лікування під наглядом затвердженого супервізора.

Освіта, навчання та досвід роботи: Усі надавачі послуг мають ступінь магістра в галузі консультування або соціальної роботи і є ФПЗ (фахівцями з психічного здоров'я), які пройшли навчання з оцінки та діагностики стану психічного здоров'я.

Опис методів/технік/курсу лікування, що використовуються в консультуванні/лікуванні: Буде проведено діагностичну та функціональну оцінку, щоб визначити, чи відповідає клієнт критеріям медичної необхідності та діагнозу стану психічного здоров'я. Курс лікування визначить призначений консультант.

Правила виставлення рахунків/інформація: Залежно від послуг, які ви отримуєте, ознайомтеся з наступними документами:

- Підтвердження умов лікування та розкриття фінансової інформації
- Заява та згода на терапевтичні послуги з питань психічного здоров'я

Контактна інформація Департаменту охорони здоров'я

Ви маєте право звернутися до Департаменту охорони здоров'я штату Вашингтон, якщо вважаєте, що ваш консультант вчиняє дії, які можна вважати непрофесійною поведінкою. Щоб ознайомитися з повним списком цих дій, див. Переглянутий Кодекс штату Вашингтон (RCW) 18.130.180. Якщо будь-яка з наведених нижче ситуацій сталася під час вашого курсу лікування, ви можете подати скаргу на вебсайті Департаменту охорони здоров'я за адресою www.doh.wa.gov або надіслати скаргу поштою за адресою:

Департамент охорони здоров'я штату Вашингтон
Прийом скарг щодо забезпечення якості систем охорони здоров'я
Поштовий індекс 47857
Olympia, WA 98504-7857
(360) 236-4700
Ел. пошта: HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov

Я розумію, що маю право відмовитися від лікування, а також право обирати лікаря та спосіб лікування, який найкраще відповідає моїм індивідуальним потребам. Інформація, що міститься в цьому повідомленні, не надає мені жодних нових прав і не має на меті замінити державні або федеральні закони та правила, а також професійні стандарти.

Мій підпис нижче означає мою згоду на лікування, запропоноване мережею Behavioral Health Network. Я прочитав(-ла) і зрозумів(-ла) інформацію, що міститься в цьому документі, і я отримав(-ла) копію цієї форми.

Підпис клієнта (обов'язково, якщо вік 13 років і більше):

Дата

Відповідальна сторона Підпис одного з батьків/законного опікуна

Дата

Підпис лікаря

Дата

Сторінка 2 з 2

Ідентифікація пацієнта — Завжди прикріплюйте стікер пацієнта

Ім'я та прізвище клієнта:

№ MRN:

№ CSN:

Вік / стать і гендер:

ЗАЯВА ПРО РОЗКРИТТЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО РАДНИКА ГРУПИ



60-0842-9 (Rev. 3/24)



Форми та підписи

Нижче наведено назви та короткий зміст форм та інформаційних листів, які згідно з політикою штату, федерального політикою та політикою Агентства ми повинні розглянути разом з вами. Особа, яка допомагає вам з оформленням документів, надасть вам пояснення щодо цих форм, і вас попросять поставити під кожним пунктом свій підпис, щоб засвідчити, що ви отримали цю інформацію. Якщо у вас виникнуть додаткові запитання щодо будь-якої з цих форм, обов'язково зверніться за додатковою інформацією.

Поставте підпис у всіх пунктах нижче, якщо ви отримали або вам запропонували наступні документи.

1. Департамент охорони здоров'я штату Вашингтон вимагає, щоб ви були поінформованим клієнтом/споживачем консультаційних послуг.
 Я отримав(-ла) копію Гарантії професійної поведінки.
2. Процедура розгляду скарг — Надає вказівки щодо процесу розгляду скарг у Мережі охорони психічного здоров'я, якщо ви незадоволені будь-яким аспектом наданих вам послуг.
 Я отримав(-ла) копію Процедури розгляду скарг.
3. Права клієнта — Права клієнта розроблені Департаментом соціальних та медичних послуг штату Вашингтон, щоб проінформувати вас про права, які ви маєте при отриманні послуг з охорони психічного здоров'я.
 Я отримав(-ла) примірник Прав клієнта
4. Інформація про попередні розпорядження щодо психічного здоров'я — Цей документ містить стислий опис того, що таке попередні розпорядження щодо психічного здоров'я та як можна отримати додаткову інформацію.

Якщо вам 18 років і більше:

Я прочитав(-ла) і зрозумів(-ла) отриману мною письмову інформацію про Попередні розпорядження.

підпишіть один з наступних пунктів:

- У мене немає Попереднього розпорядження і отримав(-ла) контактну інформацію для отримання допомоги в його оформленні
- У мене є Попереднє розпорядження і я надам його копію медичному працівнику мережі MultiCare Behavioral Health
- У мене є Попереднє розпорядження і я НЕ надам його копію медичному працівнику мережі MultiCare Behavioral Health
- Ні, я поки що не бажаю оформлювати Попереднє розпорядження

5. Повідомлення про політику конфіденційності — Цей документ вимагається федеральними правилами (Законом США про спадкоємність і підзвітність медичного страхування — HIPAA), щоб переконатися, що ви розумієте, як наше агентство захищає вашу медичну інформацію та за яких обставин вона може бути розголошена іншим особам.
 Я отримав(-ла) копію Повідомлення про політику конфіденційності HIPAA
6. Філософія Мережі охорони психічного здоров'я щодо контрольованих речовин — Інформація про можливе направлення для отримання медикаментозних послуг.
 Я отримав(-ла) копію Філософії щодо контрольованих речовин
7. Політика щодо неявки на прийом — цей документ містить інформацію про те, що таке «неявка» і як «неявка» може негативно вплинути на майбутній графік надання послуг.
 Я отримав(-ла) копію Політики щодо неявки на прийом

Підпис клієнта (обов'язково, якщо вік 13 років і більше): ** _____ Дата: ** _____

Підпис одного з батьків/опікуна: ** _____ Дата: ** _____

Ім'я та прізвище одного з батьків/опікуна друківаними літерами: _____

Ідентифікація пацієнта — Завжди прикріплюйте стікер пацієнта

Ім'я та прізвище клієнта:

№ MRN:

№ CSN:

Вік / стать і гендер:

**ПІДТВЕРДЖЕННЯ ОТРИМАННЯ
ІНФОРМАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ**



60-0843-1 (12/23)

Ці документи призначені для ознайомлення та збереження для подальшого використання.

**Будь ласка НЕ повертайте ці копії разом з тими, які ви підписали.

Дякуємо,

MultiCare Behavioral Health

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОЛІТИКУ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

У ЦЬОМУ ПОВІДОМЛЕННІ ОПИСАНО, ЯК МОЖЕ БУТИ ВИКОРИСТАНА ТА РОЗКРИТА ВАША МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ ТА ЯК ВИ МОЖЕТЕ ОТРИМАТИ ДОСТУП ДО ЦЬОЇ ІНФОРМАЦІЇ. У ЦЬОМУ ПОВІДОМЛЕННІ ТАКОЖ ОПИСАНІ ВАШІ ПРАВА ТА ДЕЯКІ ОБОВ'ЯЗКИ MULTICARE ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ ТА РОЗКРИТТЯ ВАШОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ. **УВАЖНО ПЕРЕГЛЯНЬТЕ ЙОГО.**

Для цілей цього Повідомлення «MultiCare» або «ми» означає систему MultiCare Health System, у тому числі MultiCare Connected Care, Cardiac Heart and Vascular Institute, а також філії мережі MultiCare Behavioral Health Network; Greater Lakes Mental Healthcare та Navos.

ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ КОМПАНІЇ MULTICARE ЩОДО ВАШОЇ ЗАХИЩЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Ми розуміємо, що інформація про вас, ваше медичне та психічне здоров'я є особистою. Ми зобов'язуємося захищати вашу медичну інформацію про вас і зобов'язані згідно з федеральним законодавством та законодавством штату вживати заходів для захисту цієї інформації. Відповідно до федеральних законів про конфіденційність, ця інформація називається «захищеною медичною інформацією». Захищена медична інформація включає певну інформацію, яку ми створили або отримали, що ідентифікує вас, включаючи інформацію про ваше здоров'я або оплату вашого лікування у закладі MultiCare, надану персоналом лікарні, вашим особистим лікарем або іншими фахівцями, які беруть участь у вашому медичному обслуговуванні. Вона включає вашу медичну документацію та особисту інформацію, як-от ім'я та прізвище, номер соціального страхування, адресу та номер телефону.

- Закон зобов'язує нас зберігати конфіденційність і безпеку вашої захищеної медичної інформації.
- Ми повідомимо вас, якщо станеться порушення, яке може поставити під загрозу конфіденційність або безпеку вашої інформації.
- Ми зобов'язані дотримуватися обов'язків і правил конфіденційності, описаних у цьому Повідомленні, і надати вам його копію.
- Ми не будемо використовувати та надавати вашу інформацію в інший спосіб, ніж описано тут, якщо ви не повідомите нам про це в письмовій формі. Якщо ви надасте нам дозвіл, ви можете змінити свою думку в будь-який час. Повідомте нас у письмовій формі, якщо ви передумаєте.

НА КОГО ПОШИРЮЄТЬСЯ ДІЯ ЦЬОГО ПОВІДОМЛЕННЯ

Це повідомлення описує практику компанії MultiCare та її співробітників, а саме:

- будь-якого медичного працівника, уповноваженого вносити інформацію до вашої медичної картки в будь-якому закладі MultiCare;
- усі відділи та підрозділи MultiCare;
- будь-якого члена волонтерської групи, якому ми дозволяємо допомагати вам, поки ви перебуваєте у закладі MultiCare;
- усіх співробітників та персоналу MultiCare, включаючи персонал за контрактом або персонал агентств;
- співробітників програми MultiCare Connected Care;
- інших надавачів медичних послуг, які погодилися дотримуватися умов «Спільного повідомлення про політику конфіденційності», описаних нижче.

СПІЛЬНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОЛІТИКУ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

Цього повідомлення як спільного з MultiCare повідомлення про конфіденційність відповідно до федеральних законів про конфіденційність, пов'язаних з медичним обслуговуванням у закладах MultiCare на додаток до осіб, зазначених вище, погодилися дотримуватися низка інших незалежних лікарів, зокрема, члени медичного персоналу Tacoma General Hospital, Allenmore Hospital, Mary Bridge Children's Hospital, Good Samaritan Hospital, Auburn Medical Center, MultiCare Deaconess Hospital, MultiCare Covington Medical Center, MultiCare Valley Hospital та інших незалежних надавачів послуг або організацій, які надають медичні послуги у закладах MultiCare. Незалежні лікарі, які погодилися дотримуватися цього повідомлення, можуть отримати доступ до вашої медичної інформації, якщо є законна потреба в цьому для цілей лікування, оплати та діяльності у сфері охорони здоров'я, пов'язаних зі спільним наданням медичної допомоги в закладах MultiCare. Незалежні лікарі, які погодилися дотримуватися цього спільного повідомлення, ймовірно, матимуть окреме повідомлення про політику конфіденційності щодо послуг, які надаються у закладах, що не входять до мережі MultiCare (наприклад, у кабінеті лікаря). Вам рекомендується запитувати інформацію у лікаря, який не належить до мережі MultiCare, про будь-яке окреме Повідомлення про політику конфіденційності, якого дотримується цей лікар в офісах або установах, що не належать до мережі MultiCare.

МЕРЕЖА MULTICARE CONNECTED CARE

MultiCare є частиною мережі MultiCare Connected Care Network, яка є організованою системою охорони здоров'я (ОНСА). ОНСА — це (i) клінічно інтегроване середовище, в якому пацієнти зазвичай отримують медичну допомогу від декількох надавачів медичних послуг, або (ii) організована система охорони здоров'я, в якій беруть участь більше одного надавача медичних послуг. Надавачі медичних послуг, які беруть участь в ОНСА, надаватимуть один одному медичну та платіжну інформацію про вас, яка може бути необхідною для проведення лікування, оплати та операційної діяльності в галузі охорони здоров'я.

ІНШІ ОСОБИ, ЯКІ МОЖУТЬ ОТРИМАТИ ДОСТУП ДО ВАШОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ АБО ВИКОРИСТОВУВАТИ ЇЇ

MultiCare бере участь у мережах обміну медичною інформацією, щоб полегшити безпечний обмін вашою електронною медичною інформацією про ваше лікування між іншими надавачами медичних послуг або медичними установами, включаючи (але не обмежуючись) обмін інформацією з відділенням невідкладної допомоги (EDIE), віртуальний електронний запис протягом життя (VLER - DoD/VA), або CareEverywhere (організації з Epic).

MultiCare також надає доступ до своєї Електронної медичної картки незалежним місцевим надавачам медичних послуг. Умовою такого доступу є те, що кожен з цих надавачів послуг погоджується використовувати інформацію за принципом «необхідно знати» та дотримуватися законів штату та федеральних законів, що стосуються конфіденційності та безпеки.

ВАШІ ПРАВА ЩОДО ЗАХИЩЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

Якщо не вказано інше, ви можете скористатися одним зі своїх прав на конфіденційність, подавши письмовий запит до Відділу управління медичною інформацією MultiCare Health System за адресою: MultiCare Health System, Health Information Management, PO Box 5299, MS: 315-C3-NIM, Tacoma, WA 98415-0299. Для отримання більш детальних інструкцій щодо того, яку інформацію слід включати до письмового запиту, зв'яжіться з відділом управління медичною інформацією за телефоном 253-403-2423.

ВИ МАЄТЕ ПРАВО:

Отримати електронну або паперову копію своєї медичної документації — Зазвичай це включає записи про лікування та виставлення рахунків і не включає записи про психотерапію.

- Щоб запросити можливість перевірити та/або скопіювати вашу захищену медичну інформацію в паперовому або електронному форматі, відвідайте www.multicare.org, щоб отримати копію форми запиту на дозвіл (надання інформації), або зв'яжіться з відділом управління медичною інформацією (медична документація) за телефоном 253-403-2423. Медичну документацію з філій Greater Lakes та Navos також можна запросити факсом за номером 253-697-8393 або за адресою електронної пошти BHMedicalRecords@multicare.org.
- За копіювання, пересилання поштою або інші витрати, пов'язані з вашим запитом, може стягуватися плата.
- За певних обмежених обставин ми можемо відхилити ваш запит на перевірку та/або копіювання вашої захищеної медичної інформації. Ви можете подати запит на перегляд відмови.

Попросіть нас виправити певну захищену медичну інформацію — Якщо ви вважаєте, що інформація, яку ми маємо про вас, є неправильно або неповною, ви можете подати запит на виправлення такої інформації.

- Ми можемо відмовити вам у задоволенні вашого запиту, але ми повідомимо вам причину в письмовій формі.

Запросити звіт про певні розкриття — Ви можете запросити звіт про певні розкриття вашої захищеної медичної інформації зі списком всіх розкриттів, які ми здійснили іншим особам.

- До цього переліку не включатимуться розкриття, здійснені з метою лікування, оплати та діяльності у сфері охорони здоров'я, пов'язаних із наданням медичної допомоги, про які йшлося раніше.
- Перший список, який ви запросите протягом 12 місяців, буде безкоштовним. За надання додаткових списків ми можемо стягувати з вас плату. Ми повідомимо вас про відповідну вартість, і ви можете відкликати або змінити свій запит до того, як будуть понесені будь-які витрати.

Запит на обмеження — Ви можете подати письмовий запит на те, щоб ми обмежили використання та розкриття вашої захищеної медичної інформації.

- Ви також маєте право вимагати обмеження щодо захищеної медичної інформації, яку ми розкриваємо про вас особі, яка бере участь у вашому лікуванні або оплаті вашого лікування, наприклад, члену сім'ї або другу.
- Якщо ви хочете встановити таке обмеження, повідомте про це персонал реєстратури вашого медичного закладу та заповніть форму «Запит на обмеження» до того, як вас оглянуть на прийомі.
- Ми не зобов'язані погоджуватися на ваш запит, і можемо відмовити, якщо це вплине на ваше лікування.
- Якщо ми погодимося з вашим запитом, ми виконаємо його, за винятком випадків, коли інформація необхідна для надання вам невідкладної допомоги.

Право вимагати нерозголошення інформації про самостійно оплачені предмети чи послуги — Ви маєте право подати письмовий запит про те, щоб інформація про медичні препарати або послуги, які ви повністю оплатили до візиту, не розголошувалася вашому медичному страховому плану.

- Ми надамо відповідь «схвалено», якщо тільки закон не вимагає від нас розголошувати цю інформацію.
- Ви відповідаєте за повідомлення будь-яких інших надавачів послуг, наприклад, вашої аптеки, про будь-які запити на обмеження.

Запит на конфіденційне спілкування — Ви можете подати письмовий запит про те, щоб конфіденційні повідомлення про медичне або психічне здоров'я здійснювалися певним чином або в певному місці.

- Наприклад, ви можете попросити, щоб ми зв'язувалися з вами лише на роботі або надсилали листи на альтернативну адресу.
- Ми надамо схвальну відповідь на всі обґрунтовані запити. Вам не обов'язково вказувати причину, але в запиті має бути зазначено, як і де ви бажаєте, щоб з вами зв'язалися.

Виберіть особу, яка діятиме від вашого імені — Якщо ви надали комусь медичну довіреність або якщо хтось є вашим законним опікуном, ця особа може виконувати ваші права та приймати рішення щодо вашої медичної інформації.

- Ми попросимо цю особу пред'явити підтвердження повноважень діяти від вашого імені, перш ніж вживати будь-які дії.

Отримати паперову копію цього повідомлення — Ви можете будь-коли запросити копію цього Повідомлення у будь-якого співробітника MultiCare.

- Це Повідомлення також доступне в Інтернеті за адресою www.multicare.org.

ВИКОРИСТАННЯ ТА РОЗКРИТТЯ ВАШОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ МЕРЕЖЕЮ MULTICARE

Ваш вибір: Ви можете повідомити нам про свій вибір стосовно певної медичної інформації, яку ми надаватимемо. Якщо у вас є конкретні побажання щодо того, як ми будемо ділитися вашою інформацією в ситуаціях, описаних нижче, зв'яжіться з нами. Повідомте нам, що ви хочете, щоб ми зробили, і ми виконаємо ваші вказівки.

У цих випадках ви маєте право і вибір повідомити нам:

- поширювати інформацію зі своєю сім'єю, близькими друзями або іншими особами, які беруть участь у вашому лікуванні;

- поширювати інформацію у випадку стихійного лиха;
- включити свою інформацію до лікарняного довідника.

Якщо ви не в змозі повідомити нам про свої побажання, наприклад, якщо ви неpritомні, ми можемо розкрити вашу інформацію, якщо вважатимемо, що це у ваших інтересах. Ми також можемо поширювати вашу інформацію, якщо це необхідно, щоб зменшити серйозну і неминучу загрозу здоров'ю або безпеці.

У цих випадках ми не будемо поширювати вашу інформацію, якщо ви не надасте нам письмовий дозвіл (підписану згоду):

- маркетингові цілі, де отримується винагорода
~ обмежена інформація про вас може використовуватися для підтримки інформації про доступні продукти чи послуги.
~ якщо ви не бажаєте отримувати такі матеріали, зателефонуйте за номером 1-855-884-4284 або відправте електронний лист annualgiving@multicare.org;
- продаж вашої інформації;
- найпоширеніші випадки обміну психотерапевтичними записами;
- ситуації, не описані в цьому Повідомленні, які не становлять загрози здоров'ю або безпеці.

У випадку збору коштів: Ми можемо зв'язатися з вами для збору коштів, але ви можете попросити нас більше з вами не зв'язуватися.

- Якщо ви більше не бажаєте отримувати запити на збір коштів на підтримку MultiCare, зателефонуйте за номером (безкоштовно) 855-884-4284 або надішліть електронного листа на адресу annualgiving@multicare.org.
- Ми поважаємо ваш вибір щодо комунікацій зі збору коштів, і ваше рішення не вплине на ваше лікування або оплату послуг у MultiCare.

MultiCare зазвичай використовує вашу інформацію наступними способами:

Лікування. Ми можемо використовувати та розкривати вашу захищену медичну інформацію для надання вам медичного лікування та послуг, а також ділитися нею з іншими фахівцями, які вас лікують.

- Таке використання та розкриття може здійснюватися з метою забезпечення безперервності лікування або для лікарів, медсестер, технічного персоналу, студентів-медиків чи іншого персоналу системи охорони здоров'я, які беруть участь у вашому лікуванні.
- Ми можемо використовувати та розкривати вашу медичну інформацію різним відділам для координації дій, таких як виписка рецептів, проведення лабораторних досліджень та рентгенівських знімків, а також іншим надавачам медичних послуг, які можуть бути залучені до вашого медичного обслуговування, наприклад, установам довгострокового догляду, іншим лікарням або клінікам, або віддаленим надавачам медичних послуг, наприклад, надавачам послуг телемедицини, які можуть проживати в інших населених пунктах, включаючи населені пункти за межами штатів Вашингтон та Айдахо.

Оплата. Відповідно до законодавства, ми можемо використовувати або розкривати вашу медичну інформацію для отримання оплати від медичних страхових планів та інших організацій.

- Це передбачає виставлення рахунків за лікування та послуги, які ви отримуєте у MultiCare.
- Крім того, ми можемо використовувати або розкривати вашу інформацію для збору платежів або для отримання попереднього дозволу на лікування та послуги.

Діяльність системи охорони здоров'я; Ми можемо використовувати та передавати вашу медичну інформацію в цілях нашої діяльності, покращення обслуговування та зв'язку з вами за необхідності.

- Ведення нашої діяльності включає такі дії, як планування, контроль за інфекціями, адміністрування плану медичного страхування та діяльність у сфері охорони здоров'я населення.
- Ми також можемо використовувати та розкривати вашу інформацію іншим особам (наприклад, консультантам та адвокатам) та організаціям, які допомагають нам у нашій діяльності.
- Ми також можемо використовувати вашу медичну інформацію для внутрішніх цілей, як-от забезпечення якості обслуговування, визначення потреб у навчанні, аналіз результатів, надсилання опитувань щодо задоволеності пацієнтів та інших адміністративних заходів.
- Ми також можемо розкривати вашу інформацію діловим партнерам або компаніям, які надають послуги нам або від нашого імені та надали задовільні гарантії, що вони захищатимуть вашу медичну інформацію.

MultiCare також може використовувати вашу інформацію наступними способами:

Служба охорони здоров'я та безпеки — Ми можемо розкривати вашу медичну інформацію установам, якщо це необхідно для підтримки заходів у сфері охорони здоров'я. Ця діяльність зазвичай включає наступне:

- Запобігання або контроль захворювань, травм чи інвалідності;
- Повідомлення про народження та смерть;
- Повідомлення про зловживання або недбале ставлення;
- Повідомлення про реакції на ліки або проблеми з продуктами;
- Повідомлення людей про вилучення продуктів, якими вони можуть користуватися;
- Повідомлення особи, яка, можливо, зазнала впливу хвороби або перебуває в групі ризику зараження чи поширення хвороби або стану;
- Повідомлення відповідного державного органу, якщо ми вважаємо, що пацієнт став жертвою жорстокого поводження, недбалого ставлення або домашнього насильства. Ми розкриваємо таку інформацію лише тоді, коли це вимагається або дозволено законом.

Дослідження — Ми можемо використовувати або передавати вашу інформацію для медичних досліджень.

Інформація про обмежений набір даних — Ми можемо розкривати обмежену медичну інформацію третім особам з метою проведення досліджень, охорони здоров'я та надання медичної допомоги. Цей обмежений набір даних не включатиме жодної інформації, яка може бути використана для вашої безпосередньої ідентифікації.

Дотримання закону — Ми надаватимемо інформацію про вас, якщо цього вимагають закони штату або федеральні закони, зокрема Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб, якщо вони забажають переконатися, що ми дотримуємося федерального закону про конфіденційність.

Донорство органів і тканин — Ми можемо поширювати вашу медичну інформацію організаціям, що займаються закупівлею органів.

Коронери, судмедексперти та директори похоронних бюро — Коли людина помирає, ми можемо поширювати медичну інформацію коронеру, судмедексперту або директору похоронного бюро.

Компенсація працівникам — Ми можемо використовувати або передавати вашу медичну інформацію для компенсації збитків працівникам.

Урядові запити і правоохоронні органи — Ми можемо використовувати або передавати вашу медичну інформацію:

- Органам нагляду за охороною здоров'я для діяльності, дозволеної законом
- Для виконання спеціальних державних функцій, таких як військові, національна безпека та охорона Президента
- В обмежених випадках, для правоохоронних цілей або представникам правоохоронних органів

Судові позови та спори — Ми можемо розкрити вашу медичну інформацію у відповідь на судовий або адміністративний наказ, повістку до суду, запит на розкриття інформації або інший законний процес, якщо ви є учасником судового позову або спору.

Для контакту з вами — Ми можемо використовувати та розкривати медичну інформацію, щоб зв'язатися з вами щодо призначених зустрічей та інших питань. Ми можемо зв'язатися з вами поштою, телефоном або електронною поштою.

- Наприклад, ми можемо залишати голосові повідомлення на вказаний вами номер телефону або відповідати на вашу електронну адресу.

Альтернативи лікування — Ми можемо використовувати або розкривати інформацію, щоб повідомити вам або порекомендувати можливі варіанти чи альтернативи лікування.

Пільги та послуги, пов'язані зі здоров'ям — Ми можемо використовувати або розголошувати інформацію, щоб повідомити вам про переваги, послуги або курси медичної освіти, пов'язані зі здоров'ям.

Ув'язнені — Ми можемо розкрити інформацію про ваше здоров'я виправній установі або представнику правоохоронних органів, якщо ви є ув'язненим або перебуваєте під вартою.

Випадкові розкриття — Певні випадкові розкриття вашої медичної інформації можуть відбуватися як побічний результат законного та дозволеного використання та розкриття вашої медичної інформації. Для мінімізації таких розголошень вживаються належні заходи безпеки.

Програми зі збереження крові — Ми можемо використовувати або розкривати вашу медичну інформацію, якщо ви вказали зв'язок з певними організаціями, і ми вважаємо, що ви можете бути ідеальним кандидатом, який може отримати користь від послуг зі збереження крові.

Серйозні та неминучі загрози — Ми можемо поширювати вашу інформацію, якщо це необхідно для зменшення серйозної та неминучої загрози здоров'ю або безпеці для вас, громадськості або іншої особи.

ОСОБЛИВІ ВИДИ ІНФОРМАЦІЇ

За певних обставин закон штатів Вашингтон, Айдахо та федеральний закон передбачають додатковий захист конфіденційності. MultiCare зазвичай не має права розголошувати без спеціального дозволу наступну інформацію про пацієнта:

- Вашингтон — Специфічні захворювання, що передаються статевим шляхом
- Закон штату і федеральний закон — Записи про розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин, які можуть підлягати особливому захисту
- Вашингтон — Записи про психічні розлади, які за певних обставин підлягають особливому захисту

ІНШІ ВИДИ ВИКОРИСТАННЯ ТА РОЗКРИТТЯ ВАШОЇ ЗАХИЩЕНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ЗДОРОВ'Я

Інші види використання та розкриття вашої захищеної медичної інформації, не передбачені цим Повідомленням або чинним законодавством, здійснюватимуться лише з вашого письмового дозволу. Ви можете відкликати будь-який дозвіл, подавши запит у письмовій формі до Відділу з питань конфіденційності MultiCare (за контактною інформацією в розділі «Запитання та скарги»). Якщо ви відкликаєте свій дозвіл, ми більше не будемо використовувати або розкривати вашу захищену інформацію про здоров'я з причин, зазначених у вашому письмовому дозволі, за винятком випадків, коли це вимагається законом. Ви розумієте, що ми не можемо відмінити будь-яке використання або розкриття інформації, яке ми вже здійснили, поки діяв ваш дозвіл, і що ми зобов'язані зберігати записи про лікування, яке ми вам надаємо.

ЗМІНИ ДО ЦЬОГО ПОВІДОМЛЕННЯ

MultiCare може змінювати умови цієї Політики, і ці зміни стосуватимуться всієї інформації, яку ми маємо про вас. Нове Повідомлення буде доступне за запитом, у наших установах та на нашому вебсайті.

ЗАПИТАННЯ ТА СКАРГИ

Якщо ви маєте загальні запитання щодо цього Повідомлення, зв'яжіться з відділом з питань конфіденційності MultiCare за телефоном: 866-264-6121 або ел. поштою: compliance@multicare.org. Якщо ви вважаєте, що ваші права на конфіденційність були порушені, ви можете подати скаргу до Відділу з питань конфіденційності MultiCare за адресою: MultiCare Privacy Office, MultiCare, P.O. BOX 5299, MS: 737-2-CCIA, Tacoma, WA 98415-0299. Якщо ми не зможемо вирішити вашу проблему, ви також маєте право подати письмову скаргу до секретаря Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб (HHS), Управління з прав громадян. Ми не будемо мстити вам за подання скарги, і якість вашого обслуговування не буде під загрозою.



Держава хоче, щоб ви знали, що існують певні дії, які вважаються непрофесійною поведінкою (RCW 18.130.180). Якщо під час лікування у вас виникла будь-яка з наведених нижче ситуацій, вам слід звернутися до Відділу ліцензування Державного департаменту охорони здоров'я, консультативних програм, за адресою: State Department of Health Licensing Dept., Counselor Programs, P.O. BOX 47869, Olympia, Washington 98504-7869. Телефон: (360) 236-4902

Для того, щоб ви могли бути поінформованим споживачем послуг консультування, ми визначили наступні ситуації. Поведінка, дії чи умови, наведені нижче, дають вам загальне уявлення про типи поведінки, які можна вважати порушенням закону:

1. Вчинення будь-якого діяння, пов'язаного з аморальністю, нечесністю або корупцією, пов'язаного з професійною діяльністю особи, незалежно від того, чи є це діяння злочином, чи ні. Якщо діяння є злочином, обвинувальний вирок у кримінальному провадженні не є обов'язковою умовою для притягнення до дисциплінарної відповідальності. Проте після такого засудження рішення і вирок є переконливим доказом під час наступного дисциплінарного слухання про винуватість власника ліцензії у вчиненні злочину, описаного в обвинувальному акті чи інформації, а також про порушення особою статуту, на якому він заснований. Для цілей цього розділу обвинувальний вирок включає всі випадки, коли визнання вини або відсутність претензій є підставою для засудження, а також усі провадження, в яких винесення вироку було відкладено або призупинено. Ніщо в цьому розділі не скасовує прав, гарантованих главою 9.96A RCW.
2. Спотворення або приховування суттєвих фактів при отриманні ліцензії або її відновленні.
3. Будь-яка реклама, яка є неправдивою, шахрайською або такою, що вводить в оману.
4. Некомпетентність, недбалість або зловживання, які призводять до травмування пацієнта або створюють необґрунтований ризик того, що пацієнту може бути завдано шкоди. Використання нетрадиційного методу лікування саме по собі не є непрофесійною поведінкою, за умови, що воно не призводить до травмування пацієнта і не створює необґрунтованого ризику заподіяння шкоди пацієнту.
5. Призупинення, відкликання або обмеження ліцензії особи на здійснення будь-якої медичної практики компетентним органом будь-якого штату, федеральної або іноземної юрисдикції, при цьому завірена копія наказу, положення або угоди є беззаперечним доказом відкликання, призупинення або обмеження.
6. За винятком випадків, коли це дозволено *RCW 18.130.345, володіння, використання, виписування рецептів на використання або розповсюдження підконтрольних речовин або лікарських засобів, що відпускаються за рецептом, у будь-який спосіб, окрім як у законних або терапевтичних цілях, витік підконтрольних речовин або лікарських засобів, що відпускаються за рецептом, порушення будь-якого закону про наркотики або виписування підконтрольних речовин для себе.
7. Порушення будь-якого закону штату або федерального закону чи адміністративного правила, що регулює відповідну професію, зокрема, будь-який закон або правило, що визначає або встановлює стандарти догляду за пацієнтами або професійної поведінки чи практики.
8. Відмова від співпраці з дисциплінарним органом:
 - а. Ненадання жодних паперів, документів, записів чи інших предметів

- b. Ненадання в письмовій формі повного та вичерпного пояснення, щодо питання, яке міститься в скарзі, поданій до дисциплінарного органу
 - c. Не надання відповіді на повістки до суду, видані дисциплінарним органом, незалежно від того, чи є одержувач повістки обвинуваченим у справі чи ні; або
 - d. Ненадання обґрунтованого та своєчасного доступу для уповноважених представників дисциплінарного органу, які прагнуть провести перевірку практики на об'єктах, які використовує власник ліцензії
9. Невиконання наказу, виданого дисциплінарним органом, або умови щодо неофіційного розпорядження, укладеного з дисциплінарним органом.
10. Сприяння або підбурювання особи без ліцензії до практики, коли ліцензія є обов'язковою.
11. Порушення правил, встановлених будь-якою медичною установою.
12. Практика, що виходить за межі діяльності, визначеної законом або правилами.
13. Введення в оману або шахрайство в будь-якому аспекті ведення бізнесу або професії.
14. Відсутність належного нагляду за допоміжним персоналом у тій мірі, в якій загрожує здоров'ю або безпеці споживача.
15. Заняття професією, яка передбачає контакт з людьми, страждаючи на інфекційне захворювання, що становить серйозний ризик для громадського здоров'я.
16. Реклама будь-яких непотрібних або неефективних препаратів, пристроїв, методів лікування, процедур чи послуг з метою особистої вигоди.
17. Обвинувальний вирок за будь-який тяжкий проступок або кримінальний злочин, пов'язаний з професійною діяльністю особи. Для цілей цього підрозділу обвинувальний вирок включає всі випадки, коли визнання вини або відсутність претензій є підставою для засудження, а також усі провадження, в яких винесення вироку було відкладено або призупинено. Ніщо в цьому розділі не скасовує прав, гарантованих главою 9.96A RCW.
18. Здійснення злочинного аборту або пособництво чи підбурювання до його здійснення.
19. Пропозиція, зобов'язання або згода вилікувати або лікувати хворобу секретним методом, процедурою, лікуванням або ліками, або лікування, операція чи призначення будь-якого стану здоров'я методом, засобом або процедурою, які ліцензіат відмовляється розголошувати на вимогу дисциплінарного органу.
20. Свідома відмова від визнаних законом таємниць між лікарем і пацієнтом.
21. Порушення розділу 19.68 Переглянутого Кодексу штату Вашингтон (RCW) або характер порушень розділів 41.05.700(8), 48.43.735(8), 48.49.020, 48.49.030, 71.24.335(8) або 74.09.325(8) Переглянутого Кодексу штату Вашингтон (RCW).
22. Втручання в розслідування або дисциплінарне провадження шляхом навмисного спотворення фактів перед дисциплінарним органом або його уповноваженим представником, чи шляхом застосування погроз чи переслідування будь-якого пацієнта або свідка з метою перешкодити їм надати свідчення в дисциплінарному провадженні або будь-якій іншій юридичній дії, або шляхом застосування фінансових стимулів до будь-якого пацієнта або свідка з метою перешкоджання або спроби перешкодити йому або їй надати свідчення в дисциплінарному провадженні.
23. Поточне зловживання:
- a. Алкоголь
 - b. Контрольовані речовини; або
 - c. Лікарські засоби, що відпускаються за рецептом

24. Жорстоке поводження з клієнтом чи пацієнтом або сексуальний контакт з клієнтом чи пацієнтом.
25. Прийняття більш ніж номінальної винагороди, гостинності або субсидії, запропонованої представником або надавачем медичних або пов'язаних з охороною здоров'я продуктів або послуг, призначених для пацієнтів, з метою продажу або для використання в дослідженнях, опублікованих у фахових журналах, де представлений конфлікт інтересів, як це визначено правилами дисциплінарного органу, за погодженням з відділом, на основі визнаних стандартів професійної етики.
26. Порухення розділу 18.130.420 Переглянутого Кодексу штату Вашингтон (RCW).
27. Проведення конверсійної терапії пацієнту, який не досяг вісімнадцятирічного віку.
28. Порухення розділу 18.130.430 Переглянутого Кодексу штату Вашингтон (RCW).

Ви маєте право:

1. Отримувати послуги незалежно від раси, віросповідання, національного походження, релігії, статі, сексуальної орієнтації, віку або інвалідності;
2. Сповідувати релігію за власним вибором, якщо це не порушує права та ставлення до інших людей або лікувальних послуг. Окремі учасники мають право відмовитися від участі в будь-яких релігійних обрядах;
3. Отримувати забезпечення розумного пристосування у разі сенсорної або фізичної інвалідності, обмеженої здатності до комунікації, недостатнього володіння англійською мовою та культурних розбіжностей;
4. На повагу, гідність і недоторканність приватного життя, за винятком того, що персонал може проводити обґрунтовані обшуки з метою виявлення та запобігання зберігання або використання контрабанди в приміщенні або для усунення ризику заподіяння шкоди особі або іншим особам. «Обґрунтований» означає мінімально інвазивний обшук для виявлення контрабанди або інвазивний обшук лише під час первинного прийому або за наявності обґрунтованої підозри у володінні контрабандою чи інших ризиків, які можуть бути використані для заподіяння шкоди собі або іншим особам;
5. Не зазнавати будь-яких сексуальних домагань;
6. Не зазнавати експлуатації, включаючи фізичну та фінансову експлуатацію;
7. На опрацювання всієї клінічної та особистої інформації відповідно до правил штату та федеральних правил конфіденційності;
8. Брати участь у розробці вашого індивідуального плану обслуговування та отримувати копію плану за бажанням;
9. Складати попередні розпорядження стосовно психічного здоров'я відповідно до глави 71.32 RCW;
10. Переглядати свій індивідуальний послужний список у присутності адміністратора або уповноваженої особи та мати можливість вимагати внесення поправок або виправлень; та
11. Подати звіт до департаменту, якщо ви вважаєте, що агентство порушило ваші права або вимоги WAC, що регулюють діяльність агентств з охорони психічного здоров'я.
12. Мережа охорони психічного здоров'я MultiCare Behavioral Health Network забезпечить дотримання індивідуальних прав учасників, описаних вище, а також додаткові права Medicaid, перелічені нижче, буде:
 - (a) Надано в письмовій формі кожній особі під час або до вступу;
 - (b) Надано в альтернативних форматах для людей з вадами зору;
 - (c) Перекладено на найпоширенішими мовами, якими користуються в зоні обслуговування агентства;
 - (d) Вивішено у громадських місцях; та
 - (e) Надано для будь-якого учасника за запитом.
13. Під час прийому та за запитом клієнта Мережа охорони психічного здоров'я MultiCare Behavioral Health Network надасть кожному клієнту інформацію про те, як подати звіт до департаменту, якщо він вважає, що його права або вимоги цього розділу були порушені.

Правова підстава: Розділи 71.24.037, 71.05.560, 71.34.380, 18.205.160, 43.70.080(5), 41.05.750, 43.70.250 і 74.09.520 Переглянутого Кодексу штату Вашингтон (RCW) та розділи 71.05, 71.12, 71.24 і 71.34 Переглянутого Кодексу штату Вашингтон (RCW). WSR 22-24-091, § 246-341-0600, зареєстровано 06.12.22, дата набуття чинності 01.05.23.

Правова підстава: Розділи 71.24.037, 71.05.560, 71.34.380, 18.205.160, 71.24.037 Переглянутого Кодексу штату Вашингтон (RCW) та розділи 71.05, 71.24 і 71.34 Переглянутого Кодексу штату Вашингтон (RCW). WSR 21-12-042, § 246-341-0600, зареєстровано 25.05.2, дата набуття чинності 01.07.2021.

Правова підстава: 2018 с 201 і 2018 с 291. WSR 19-09-062, § 246-341-0600, зареєстровано 16.04.2019, дата набуття чинності 17.05.2019.



на додаток до вищезазначених прав Клієнт Права особи, яка отримує фінансовані державою послуги з охорони психічного здоров'я (Medicaid) у спільноті, полягають у тому, що ви маєте право:

1. Отримувати інформацію та послуги, які ви запросите і які покриваються програмою Medicaid,
2. На повагу, гідність та недоторканність приватного життя,
3. На допомогу у прийнятті рішень щодо вашого лікування, включаючи право на відмову від лікування,
4. Не зазнавати обмежень або ізоляції,
5. Отримати копію прав пацієнта, який отримує психіатричну допомогу,
6. Отримувати копію своєї медичної документації та вимагати внесення до неї змін або виправлень,
7. Отримувати інформацію про доступні послуги з охорони психічного здоров'я,
8. Подавати скаргу, апеляцію або адміністративне слухання, якщо ви не задоволені,
9. Отримати список кризових телефонних номерів,
10. Вносити зміни в будь-який час до своїх надавачів послуг або кейс-менеджерів та отримувати послуги омбудсмена при подачі скарг, апеляцій або справедливого слухання,
11. Отримувати послуги в безбар'єрному (доступному) місці,
12. Отримувати ім'я та прізвище, адресу, номер телефону та будь-які інші мови, окрім англійської, постачальників послуг у вашому ВНО щорічно або на ваш запит,
13. Отримувати інформацію про обсяг і тривалість необхідних вам послуг,
14. Отримувати письмове повідомлення про дії від ВНО у разі відмови, обмеження, скорочення, призупинення або припинення надання послуг, або якщо ви не згодні з планом,
15. Отримувати інформацію про структуру та роботу ВНО,
16. Отримувати екстрену або невідкладну медичну допомогу чи кризові послуги,
17. Отримувати постстабілізаційні послуги після отримання екстреної, невідкладної або кризової допомоги, яка призвела до госпіталізації,
18. Отримувати послуги, що відповідають вашому віку та культурним особливостям,
19. На безкоштовне надання сертифікованого перекладача та перекладених матеріалів,
20. Отримувати інформацію, яку ви запитуєте, та допомогу вибраною вами мовою або у вибраному вами форматі,
21. На роз'яснення наявних варіантів лікування та альтернативних варіантів,
22. Відмовитися від будь-якого запропонованого лікування,
23. Отримувати медичну допомогу, яка не є дискримінаційною (наприклад, за віком, расою, типом захворювання),
24. Не зазнавати сексуальної експлуатації або домагань,
25. Отримувати пояснення щодо всіх призначених ліків та можливих побічних ефектів,
26. Скласти попередні розпорядження щодо психічного здоров'я, в яких викладено ваш вибір та вподобання щодо психіатричної допомоги,
27. Отримувати інформацію про попередні медичні розпорядження,
28. Отримувати якісні послуги, які є необхідними з медичної точки зору,
29. Отримувати другу думку фахівця з психічного здоров'я у вашій місцевості ВНО, якщо ви не згодні з лікарем, який вас обслуговує,
30. Обирати лікаря для себе та своєї дитини (якщо вашій дитині менше 13 років),
31. Запросити та отримати копію своєї медичної документації. Вам повідомлять про вартість копії.
32. Для отримання додаткової інформації ви також можете зв'язатися з Управлінням громадянських прав за адресою <http://www.hhs.gov/ocr> або перейти на сайт <http://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=388-877A-0460> A
33. Для отримання додаткової інформації ви також можете зв'язатися з Управлінням громадянських прав за адресою <http://www.hhs.gov/ocr>

Процедура розгляду скарг

Якщо ви незадоволені будь-яким аспектом догляду за вами, послугами, які ви отримуєте від НАС, взаємодією з нашими співробітниками, або вважаєте, що ваші права були порушені, ви маєте право подати скаргу.

«Скарга» визначається як «офіційне висловлення незадоволення з будь-якого питання», яке ініціюється особами, що обслуговуються, або їхніми юридичними представниками.

Наступна процедура пояснює процес подання скарги, а також процес і дії, які будуть вжиті у відповідь на неї.

1. Повідомте свого лікаря, керівника клініки або іншого члена лікувальної групи про те, що ви незадоволені, і конкретно про те, чим ви незадоволені. ВИ можете подати скаргу в письмовій формі або повідомити про неї усно.
2. Якщо ви подаєте скаргу/висловлюєте незадоволення, будьте впевнені, що ваша скарга не призведе до помсти або перешкод у наданні послуг.
3. ВИ маєте право подати скаргу, бути вислуханим, мати право на шанобливе та ввічливе ставлення до себе, на повне розслідування та розгляд вашої скарги, а також на своєчасне визначення та/або вирішення.
4. Ваші обов'язки в процесі подання скарги полягають у тому, щоб точно описати свою скаргу, спілкуватися з повагою та ввічливістю, а у випадку, якщо ви незадоволені результатом або рішенням, відстоювати свої інтереси, звернувшись до організації керованої медичної допомоги (Managed Care Organization, MCO) або до Служби захисту інтересів у сфері психічного здоров'я (Office of Behavioral Health Advocacy Service), якщо ви вважаєте, що це НЕОБХІДНО.
5. MultiCare Behavioral Health, Greater Lakes Mental Health та Navos Mental Health у процесі розгляду скарг мають право на отримання точної інформації про скаргу, а також на шанобливе та ввічливе ставлення.
6. MultiCare Behavioral Health, Greater Lakes Mental Health та Navos Mental Health у процесі розгляду скарг мають обов'язок зібрати всю наявну інформацію, переглянути та розглянути всю інформацію, що стосується скарги, завершити відповідне розслідування, своєчасно прийняти рішення/обрати засіб правового захисту та розглядати всі скарги у конфіденційний спосіб.
7. Протягом п'яти (5) робочих днів після отримання звіту про скаргу ви отримаєте письмове підтвердження отримання скарги.
8. Одразу після отримання вашої скарги ми почнемо працювати над її вирішенням, щоб усунути причини незадоволення. У рамках цього процесу буде розглянуто вашу скаргу та всю наявну інформацію. Якщо будуть виявлені свідки, ми спробуємо опитати їх в рамках процесу розслідування.
9. НЕ пізніше ніж через 30 (тридцять) календарних днів ваша скарга буде розслідувана та вирішена. ВИ отримаєте Лист з рішенням щодо скарги, в якому буде вказано спосіб її вирішення, а також інші варіанти дій у випадку, якщо ви не задоволені або не згодні з рішенням.
10. Хоча ми щиро сподіваємося вирішити вашу скаргу до вашого задоволення, якщо ви незадоволені або не згодні з рішенням, ви можете звернутися до своєї Організації керованої медичної допомоги (Managed Care Organization).
11. Якщо ви бажаєте отримати додаткову допомогу в поданні скарги, ви можете звернутися до офісу Служби захисту інтересів у сфері психічного здоров'я у вашому окрузі за адресою www.obhadovacy.org або за номером **1-800-366-3103** або **360-292-5038**. Служба захисту інтересів у сфері психічного здоров'я готова відповісти на запитання та підтримати окремих осіб і сім'ї в процесі розгляду скарг.

Важливе повідомлення про вашу медичну документацію

Мережа охорони психічного здоров'я MultiCare Behavioral Health Network, що складається з Navos, Greater Lakes Mental Healthcare і MultiCare Behavioral Health, є частиною MultiCare Health System і має спільну платформу електронних медичних записів. Це означає, що **будь-який медичний працівник MultiCare може отримати доступ до записів про лікування з будь-якого іншого закладу, відділення або надавача послуг MultiCare.**

Оскільки ми всі є частиною однієї системи охорони здоров'я, ваш лікар MultiCare зможе переглянути ваші записи про розлад, спричинений споживанням психоактивних речовин, або психічне здоров'я з Navos, Greater Lakes або MultiCare Behavioral Health. Ваш терапевт або лікар у будь-якій з організацій мережі Behavioral Health Network також може отримати доступ до інформації про ваше фізичне здоров'я з системи охорони здоров'я MultiCare.

Така можливість обміну інформацією та доступу до неї в рамках MultiCare дозволяє нам забезпечувати високоякісне комплексне медичне обслуговування, що охоплює всі аспекти вашого здоров'я, включаючи фізичне, психічне лікування та лікування розладів, спричинених вживанням психоактивних речовин.

Інформація про попереднє розпорядження щодо психічного здоров'я

Попередні розпорядження щодо психічного здоров'я (MHAD) — це письмовий документ, який описує ваші розпорядження та побажання щодо лікування та догляду в періоди, коли вам важко спілкуватися та приймати рішення. Він може інформувати інших про те, якого лікування ви бажаєте або не бажаєте. Якщо ви хочете отримати більш детальну інформацію про попередні розпорядження щодо психічного здоров'я або якщо вам потрібна допомога в їх отриманні, ви можете звернутися до своєї групи лікування в MultiCare Behavioral Health, Greater Lakes Mental Health або Navos Mental Health, або зателефонувати у Відділ психічного здоров'я та реабілітації штату Вашингтон, Управління у справах споживачів за телефоном:

**State of Washington Division of Behavioral Health and Recovery, Office of Consumer Affairs:
1-800-446-0259**

Політика щодо неявки на зустріч

Важливо, щоб ви зателефонували і скасували будь-який візит, який вам не підходить, за 24 години до його початку. Якщо ви не зателефонуєте за 24 години, щоб скасувати візит, він буде позначений як пізнє скасування або неявка.

Якщо ви пропустили візит, його буде позначено як неявка:

- Якщо ви не пройшли консультацію зі своїм консультантом, терапевтом, лікарем протягом 30 днів після пропущеного візиту, ми вважатимемо, що ви не зацікавлені або не можете продовжувати отримувати консультації, і вашу справу буде закрито.
- Якщо у вас виникла надзвичайна ситуація, яка не дозволяє вам прийти на прийом і скасувати його протягом 24 годин, зв'яжіться з відділом планування та/або зі своїм терапевтом/кейс-менеджером/лікарем, щоб обговорити можливі варіанти. Після закриття вашої картки всі послуги з управління медикаментозним забезпеченням також будуть припинені. *(Цей процес може дещо відрізнятись залежно від місця, де ви отримуєте послуги).*

Телефонні номери для планування візитів:

Greater Lakes MHC: 253-581-7020

Варіант 2 — Амбулаторні послуги для дорослих/прямий набір: 253-620-5064

Варіант 3 — Послуги для дітей та сім'ї/прямий набір: 253-620-5109

Greater Lakes Spanaway Clinic: 253-535-1935

Kitsap: 564-669-5250 варіант 2 потім 2

MBH: 253-697-8400 варіант 2 потім 2

Клініка для дітей та молоді Navos Lake Burien Infant & Youth Clinic: 206-242-1698 варіант 0

Центр психічного здоров'я та благополуччя Navos Mental Health & Wellness Center:

206-257-6600 варіант 8

Spokane - Inland NW: 509-342-3480 варіант 2 потім 2

Дякуємо, що обрали нас як надавача послуг з охорони психічного здоров'я. Ми цінуємо ваш вибір і беремо на себе зобов'язання продовжувати забезпечувати відмінне обслуговування клієнтів.

Філософія Мережі охорони психічного здоров'я щодо контрольованих психоактивних речовин

Ласкаво просимо до мережі охорони психічного здоров'я Multicare Behavioral Health Network: Ваш план лікування може включати направлення до нашої клініки медичних послуг для короткострокового лікування препаратами для психічного здоров'я. Ми хочемо, щоб ви розуміли нашу філософію щодо класів симуляторів (адерал, віванс, риталін тощо), бензодіазепінів (валіум, ксанакс, клоназепам тощо) та заспокійливих і снодійних препаратів (ембієн, темазепам, лунеста тощо), що підлягають контролю.

Немедикаментозне лікування: Ми заохочуємо співпрацювати з кейс-менеджерами, лікарями та терапевтами, щоб навчитися новим немедикаментозним навичкам подолання тривоги, концентрації та сну.

За наявності направлення до Medical Services:

- Участь у терапії є обов'язковою умовою для отримання медичної допомоги в клініці Medical Services.
- Зарахування до Medical Services є тимчасовим.
 - Ми не забезпечуємо індивідуальне або довгострокове управління медикаментозною терапією.
 - Цілі лікування в клініці Medical Services включають повернення медичної допомоги вашому надавачеві первинної медичної допомоги або іншому громадському ресурсу для довгострокового управління медикаментозною терапією.
- Ми не приймаємо направлення на первинну діагностику СДУГ у програмах для дорослих.
 - Застосування стимулюючих препаратів протипоказано при багатьох супутніх захворюваннях.
- Ми дотримуємося національного стандарту надання медичної допомоги при призначенні контрольованих препаратів.
 - Бензодіазепіни/заспокійливі та снодійні препарати (якщо вони призначені) слід застосовувати лише в найнижчій ефективній дозі протягом якомога коротшого періоду часу.
 - Бензодіазепіни можуть викликати серйозну медикаментозну взаємодію з багатьма ліками (опіоїди, замісна терапія, снодійні препарати тощо).
 - Контрольоване використання ліків не є найкращою практикою для багатьох діагнозів.
- За наявності показань, ліки підбираються для лікування вашого психіатричного діагнозу на основі оцінки надавача послуг, клінічних результатів і доказів найкращої практики.
- Клініка Medical Services залишає за собою право відмовити в продовженні призначення ліків
 - Лікарі, які виписують рецепти, зобов'язані призначати (і скасовувати) ліки таким чином, щоб сприяти оптимальному здоров'ю та вашим найкращим інтересам.
 - Навіть якщо ви в минулому приймали контрольовані ліки, наші постачальники приймають незалежне рішення щодо ризиків і переваг продовження використання.