



參與遠程電訊醫療服務同意書

帳戶號碼

醫療號碼

姓名

出生日期

病人身份證

地方醫院名稱: _____

1. **目的:** 這份表格旨在取得你的同意去參與由俄勒岡醫科大學 (OHSU) 提供的與下列服務或手術檢查有關的遠程電訊醫療服務。
2. **遠程電訊服務的性質:** 在遠程電訊醫療服務中：
 - a. 你的病史、檢查、X光片和化驗結果的詳細描述可能會通過使用互聯錄象、錄音和電話通訊技術的方式與其他的醫務專業人員探討。
 - b. 可能對你採取看視觀察和身體檢查。
 - c. 可能會要求非醫療的技術人員進入遠程醫療開展的區域範圍。
 - d. 可能進行錄像、錄音或/和影像。
3. **醫療資訊和記錄:** 關於隱私和保護你的健康資訊的所有現有法律，以及適用於你的遠程醫療健康服務的病歷副本、錄音、錄象資訊都會作為服務的一部分進行電子化轉換、接收和儲存。任何可識別病人的圖象或資訊從這遠程電訊醫療互動到研究員或其他科室而非用於你的治療的傳播、支付所受醫療護理費用和某些必要的管理、以及支持你護理的操作性的活動，若未經你的授權同意，則不得進行。

我明白，俄勒岡醫科大學(OHSU)已向我提供了一份隱私權實行通知 _____ (姓名首字母簡簽)

我明白，我的錄象結果和錄音材料可能在俄勒岡醫科大學(OHSU) 被截圖和儲存。我明白，這些錄象可能以後會被審閱或被用作在 OHSU 評估和培訓的目的，這些用途可能包括給俄勒岡醫科大學(OHSU)的醫生之外的人員和醫學學生使用。我明白且同意對這些圖象和錄象材料的使用為電訊醫療諮詢的目的，以及可能用於評估、教學和培訓的目的。

4. **OHSU 電訊醫療服務的情況:** 俄勒岡醫科大學 (OHSU) 是一所教學機構。通過簽署這份同意書，病人或病人的代表認可、明白和同意住院醫生、實習醫生、醫學學生、附屬的健康護理專業人員(如護士、X光、康復療法)以及研究生可以在經治醫生的監督下檢查、治療和參與遠程電訊醫療服務，作為該機構醫療教學方案的一部分。
5. **權利:** 你可以在諮詢前或諮詢中的任何時間保留或撤消你的遠程電訊醫療服務同意書但不會影響你今後接受治療的權利。你還可以撤消同意額外醫務人員參與遠程醫療服務。
你亦可撤銷你先前允許 OHSU 儲存及使用你的影像與語音記錄之授權同意書。以書面形式



參與遠程電訊醫療服務同意書

撤銷此授權同意書并寄至 OHSU 俄勒岡醫科大學。如你撤銷授權同意書，你的影像與語音記錄將以報銷作廢處理且不再被 OHSU 俄勒岡醫科大學所使用。在 OHSU 俄勒岡醫科大學收到撤銷之請求文件前，所對你的影像與語音記錄之使用不得加以更改或取消。欲撤銷你先前允許 OHSU 俄勒岡醫科大學儲存及使用你在遠程醫療保健服務下所錄製之影像與語音記錄之授權同意書，請將此書面文件送至以下地址：

**Clinical Outreach Department
Oregon Health & Science University
3181 SW Sam Jackson Park Rd (MC: CR9-6)
Portland, OR 97239**

請聲明你在此請求撤銷你先前允許OHSU俄勒岡醫科大學儲存及使用你在遠程醫療保健服務下所錄製之影像與語音記錄之授權同意書。

- 6. **爭端**：我同意，任何因遠程電訊醫療諮詢而引起的爭端，將在俄勒岡州得以解決，並且俄勒岡州法律將被應用於所有的爭端上。
- 7. **風險和福利**：通過在下方簽名，我同意我已經接受了錄象、錄音技術將如何應用於進行遠程醫療服務的解釋，我也明白，遠程電訊醫療服務和程序上的局限性，這種局限性包括潛在的不完全的諮詢交換和資訊的缺失。我明白並同意參與並在遠程電訊醫療服務中被錄象、錄制。我明白上述提供的書面資訊，當諮詢健康護理人員索取我最近醫療狀況和諮詢，以及相關的評估、評定和診斷時，在此，我自願和自由地同意和出具同意書參與遠程電訊服務。

_____/_____/_____: 上午 下午
 病人 (或病人的法定代表) 簽名 (日期) (時間)

我拒絕參與以上所描述的遠程健康服務的程序

_____/_____/_____: 上午 下午
 簽名 (日期) (時間)

_____/_____/_____: 上午 下午
 如果不是病人的簽名，請表明關係： (日期) (時間)

_____/_____/_____: 上午 下午
 証人 (日期) (時間)