



**СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ В
ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ ПРИ ПОМОЩИ
ТЕЛТЕРАПИИ**

Страница 1 из 2-х

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Patient Identification

Название Местной Больницы: _____

- 1. ЦЕЛЬ:** Цель этой формы состоит в получении Вашего согласия на предоставление Вам медицинского обслуживания методом телетерапии, предлагаемым Орегонским Университетом Наук о Здравье в отношении следующих видов обслуживания или процедур(-ы)
- 2. ПРИНЦИП МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МЕТОДОМ ТЕЛТЕРАПИИ:** Во время медицинского обслуживания при помощи телетерапии:
 - а. Детали Вашей истории болезни, осмотров, рентгеновских снимков и результатов анализов могут обсуждаться с другими медицинскими работниками с помощью радиоаппаратуры, методом видео-конференции и иными методами телетерапии.
 - б. При этом может понадобиться сделать Вам визуальный или физический осмотр.
 - в. Технический, немедицинский персонал может быть приглашён в помещение, где протекает процесс телетерапии.
 - г. Во время этого процесса могут быть сделаны фотографии и видео- и радио- записи.
- 3. МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ И ЕЁ РЕГИСТРАЦИЯ:** Все настоящие законы в отношении конфиденциальности информации, касающейся состояния Вашего здоровья и записей истории болезни, а также надёжности соблюдения таковой, применимы к медицинскому обслуживанию методом телетерапии и к получению, передаче и электронному хранению радио- и видео-информации, полученной в процессе этого обслуживания. Любое распространение снимков или обмен информацией между научными работниками или организациями во время телетерапии, используемое в иных целях, чем Ваше лечение, а также информация об оплате за получаемое медицинское обслуживание и о некоторых административных и оперативных делах, необходимых для Вашего лечения, не будет происходить без получения на то Вашего разрешения.

Я подтверждаю, что мне было выдано Уведомление о Практике Соблюдения Конфиденциальности в *OHSU* _____ (инициалы)

Мне понятно, что полученные видео-кадры и радио-записи моей личности, могут быть отобраны для электронного хранения в *OHSU*. Мне понятно, что эти записи могут быть позднее просмотрены и использованы для их оценки средним медицинским персоналом и студентами *OHSU* в целях их обучения. Мне понятно, что эти видео-кадры и радио-записи могут быть использованы в целях консультационной телетерапии и потенциально для оценки, обучения и приобретения опыта, и я даю на это своё согласие.

- 4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ТЕЛТЕРАПИИ УНИВЕРСИТЕТОМ *OHSU*:** *OHSU* является учебным заведением. Подписанием настоящей Формы Соглашения пациент или его представитель признаёт, что он (-она) понимает и соглашается с тем, что ординаторы, практиканты, студенты медицинского института и других вспомогательных медицинских профессий (т.е. студенты- медсёстры/медбратья, технологи-рентгенологи или будущие специалисты по реабилитации) и врачи-практиканты высшего разряда могут осматривать, лечить и принимать участие в оказании услуг методом телетерапии под руководством ведущего лечащего врача и что это является интегральной частью программы обучения в данном университете.
- 5. ПРАВА:** Вы можете отказаться от дачи согласия или изъять данное разрешение на участие в телетерапии в любое время до начала консультации или во время неё, что никоим образом не повлияет на Ваше право получения медицинского обслуживания в будущем. Вы можете изъять разрешение на участие дополнительного персонала в процессе обслуживания методом телетерапии. Вы можете также аннулировать своё разрешение на хранение и использование видео- и радио-записей Университетом *OHSU*. Заявление об аннулировании разрешения должно быть предъявлено в письменном виде и в действительности быть получено Университетом *OHSU*. Если Вы аннулируете Ваше разрешение, видео- и радио-записи будут уничтожены и *OHSU* не сможет их больше использовать. Любое пользование видео-записями, которое произошло с Вашего согласия до получения Университетом *OHSU* заявления об аннулировании данного разрешения, не может быть изменено. Чтобы изъять Ваше разрешение на хранение и использование видео- и аудио- записей, полученных при оказываемой вам телетерапии и данное Университету *OHSU*, пожалуйста направьте письменное заявление по адресу:



**СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ В
ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ ПРИ ПОМОЩИ
ТЕЛЕТЕРАПИИ**

Страница 2 из 2-х

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Patient Identification

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

и заявите, что Вы изымаете Ваше разрешение на хранение и использование видео- и аудио- записей, данное OHSU при получении Вами телетерапии.

- 6. РАЗНОГЛАСИЯ:** Я согласен (-на) с тем, что любые разногласия, могущие возникнуть во время консультации при телетерапии, будут разрешаться в Орегоне и в соответствии с законами Орегона.
- 7. ФАКТОРЫ РИСКА И ЛЬГОТЫ:** Подписанием данного документа я подтверждаю, что мне объяснили, как будет использована видео- и радио- технология в курсе телетерапии, и мне понятно, что эта технология и сам метод телетерапии имеет ограничения, состоящие в том, что существует потенциальная возможность неполного обмена информацией или её потеря. Мне понятна сущность проведения курса лечения путём телетерапии и я даю своё согласие на участие в ней и на то, чтобы быть подвергнутым видео- и радио- записи в процессе телетерапии. Мне понятна информация, изложенная выше в письменном виде, и я свободно и добровольно даю настоящим своё согласие и разрешение на моё участие в курсе медицинской телетерапии и на любые, связанные с ней дополнительные исследования, разработки и диагностику, основанные на том, что мой медицинский консультант считает соответствующими моему состоянию здоровья и причине для данной консультации.

_____/_____/_____: утра дня
 Подпись пациента (или легального представителя пациента) Дата Время

Я отказываюсь от участия в использовании медицинской телетерапии для проведения вышеуказанных (-ой) процедур (-ы).

_____/_____/_____: утра дня
 Подпись Дата Время

_____/_____/_____: утра дня
 Если подпись не принадлежит пациенту, укажите отношение: Дата Время

_____/_____/_____: утра дня
 Свидетель Дата Время