

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ

Настоящим я уполномочиваю, даю согласие и прошу **Anesthesia Associates Northwest (AANW)** выполнить анестезию, которая будет сочтена необходимой для проведения моей процедуры. Мне была дана возможность получить ответы на все мои вопросы или обсудить все поводы для беспокойства касательно анестезии.

☐ **Глубокая седация (тотальная внутривенная анестезия пропофолом) Deep Sedation (TIVA with Propofol):**

препарат вводится в кровоток и вводит в бессознательное состояние. Пациент может целенаправленно реагировать на многократные или болезненные стимулы. Самостоятельное дыхание обычно сохраняется. Сердечно-сосудистая функция обычно сохраняется. Может потребоваться вмешательство для обеспечения проходимости дыхательных путей.

☐ **Мониторируемая анестезиологическая помощь (седация с сохранением сознания) MAC (Conscious Sedation):** препарат вводится в кровоток и оказывает седативный эффект без потери сознания. Пациент способен целенаправленно реагировать на устные указания. Самостоятельное дыхание сохраняется. Сердечно-сосудистая функция обычно сохраняется.

Меня проинформировали, и я понимаю, что иногда возникают побочные эффекты от анестезии, в том числе, помимо прочего, некоторые редкие осложнения. Я понимаю, что в редких случаях осложнения могут потребовать госпитализации для оказания надлежащей помощи.

Побочные эффекты

Боль в горле
Боль в шее/челюсти
Тошнота и/или рвота
Боль или повреждение в месте инъекции
сокращений
Повреждение зубов
Отек
Носовое кровотечение

Редкие осложнения

Неблагоприятная реакция на препарат
Нарушения дыхания
Аспирация
Низкое артериальное давление и/или частота сердечных
Нарушение сердечного ритма
Паралич
Инфаркт/инсульт
Смерть

Я понимаю важность предоставления моим врачам полной истории болезни, включая необходимость раскрытия информации о любых принимаемых мной лекарствах, как рецептурных, так и отпускаемых без рецепта. Я также понимаю, что прием растительных средств, алкоголя или любых незаконных наркотических веществ может привести к серьезным осложнениям и что об этом также необходимо сообщить. Я также понимаю, что необходимо сообщить о любых осложнениях, возникавших после применения анестетических препаратов в прошлом.

Я подтверждаю, что прочитал (-а) эту форму или мне ее прочитали, что я понимаю риски, альтернативы и ожидаемые результаты анестезии, а также что у меня было достаточно времени, чтобы задать вопросы и обдумать свои решения.

Подписывая этот документ, настоящим я заявляю, что мне сообщили о том, что некоторые препараты для анестезии в случае применения во время беременности могут причинить вред нерожденным детям. Мне была дана возможность получить разъяснения по всем вопросам, касающимся анестезии и/или эндоскопии во время беременности, и на все мои вопросы были даны удовлетворительные ответы.

Я также заявляю, что ☐ **Я не беременна** ☐ **Я беременна** ☐ **Неприменимо**
I further represent that **I am not pregnant** **I am pregnant** **N/A**

и настоящим даю разрешение учреждению здравоохранения и **AANW** на выполнение колоноскопии/эндоскопии в сочетании с анестезией так, как сочтет нужным мой поставщик услуг анестезии.

Подпись пациента или законного представителя Patient or Legal Representative Signature	Дата Date	Время Time
Подпись поставщика услуг анестезии Anesthesia Provider's Signature	Дата Date	Время Time

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ

Настоящим я уполномочиваю, даю согласие и прошу **Metropolitan Anesthesia, LLC (MPA)** выполнить анестезию, которая будет сочтена необходимой для проведения моей процедуры. Мне была дана возможность получить ответы на все мои вопросы или обсудить все поводы для беспокойства касательно анестезии.

☐ **Глубокая седация (тотальная внутривенная анестезия пропофолом) Deep Sedation (TIVA with Propofol):**

препарат вводится в кровоток и вводит в бессознательное состояние. Пациент может целенаправленно реагировать на многократные или болезненные стимулы. Самостоятельное дыхание обычно сохраняется. Сердечно-сосудистая функция обычно сохраняется. Может потребоваться вмешательство для обеспечения проходимости дыхательных путей.

☐ **Мониторируемая анестезиологическая помощь (седация с сохранением сознания) MAC (Conscious Sedation):** препарат вводится в кровоток и оказывает седативный эффект без потери сознания. Пациент способен целенаправленно реагировать на устные указания. Самостоятельное дыхание сохраняется. Сердечно-сосудистая функция обычно сохраняется.

Меня проинформировали, и я понимаю, что иногда возникают побочные эффекты от анестезии, в том числе, помимо прочего, некоторые редкие осложнения. Я понимаю, что в редких случаях осложнения могут потребовать госпитализации для оказания надлежащей помощи.

Побочные эффекты

Боль в горле
Боль в шее/челюсти
Тошнота и/или рвота
Боль или повреждение в месте инъекции
сокращений
Повреждение зубов
Отек
Носовое кровотечение

Редкие осложнения

Неблагоприятная реакция на препарат
Нарушения дыхания
Аспирация
Низкое артериальное давление и/или частота сердечных
Нарушение сердечного ритма
Паралич
Инфаркт/инсульт
Смерть

Я понимаю важность предоставления моим врачам полной истории болезни, включая необходимость раскрытия информации о любых принимаемых мной лекарствах, как рецептурных, так и отпускаемых без рецепта. Я также понимаю, что прием растительных средств, алкоголя или любых незаконных наркотических веществ может привести к серьезным осложнениям и что об этом также необходимо сообщить. Я также понимаю, что необходимо сообщить о любых осложнениях, возникавших после применения анестетических препаратов в прошлом.

Я подтверждаю, что прочитал (-а) эту форму или мне ее прочитали, что я понимаю риски, альтернативы и ожидаемые результаты анестезии, а также что у меня было достаточно времени, чтобы задать вопросы и обдумать свои решения.

Подписывая этот документ, настоящим я заявляю, что мне сообщили о том, что некоторые препараты для анестезии в случае применения во время беременности могут причинить вред нерожденным детям. Мне была дана возможность получить разъяснения по всем вопросам, касающимся анестезии и/или эндоскопии во время беременности, и на все мои вопросы были даны удовлетворительные ответы.

Я также заявляю, что ☐ **Я не беременна** ☐ **Я беременна** ☐ **Неприменимо**
I further represent that **I am not pregnant** **I am pregnant** **N/A**

и настоящим даю разрешение учреждению здравоохранения и **МРА** на выполнение колоноскопии/эндоскопии в сочетании с анестезией так, как сочтет нужным мой поставщик услуг анестезии.

Подпись пациента или законного представителя Patient or Legal Representative Signature	Дата Date	Время Time
Подпись поставщика услуг анестезии Anesthesia Provider's Signature	Дата Date	Время Time

Информированное согласие на проведение эндоскопии желудочно-кишечного тракта

Объяснение процедуры

Прямое получение изображений желудочно-кишечного тракта с помощью инструмента с источником света называют эндоскопией ЖКТ. Ваш врач порекомендовал вам пройти это обследование. Представленная далее информация должна помочь вам понять причины для проведения таких процедур и их возможные риски.

Во время обследования выстилку вашего желудочно-кишечного тракта тщательно осмотрят с помощью гибкого эндоскопа (в сочетании с биопсией, фотографированием, удалением полипов, инъекционным лечением или без них). Образцы тканей могут быть отправлены на изучение в лабораторию, чтобы установить, присутствуют ли в них аномальные клетки. Если будут замечены небольшие выросты (полипы), их могут удалить.

Основные риски и осложнения эндоскопии желудочно-кишечного тракта

Эндоскопия желудочно-кишечного тракта обычно связана с низким уровнем риска. Однако все указанные ниже осложнения являются возможными и могут привести к госпитализации и дополнительным финансовым издержкам, за оплату которых будете отвечать вы (пациент). Ваш врач обсудит с вами частоту этих осложнений, если вы захотите, уделив особое внимание вашим показаниям к проведению эндоскопии желудочно-кишечного тракта.

ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ОСТАВШИЕСЯ БЕЗ ОТВЕТА ВОПРОСЫ О ВАШЕЙ ПРОЦЕДУРЕ, ВЫ ДОЛЖНЫ ЗАДАТЬ ИХ СВОЕМУ ВРАЧУ.

1. **ПЕРФОРАЦИЯ.** Прохождение инструмента может привести к травмированию стенки желудочно-кишечного тракта с возможным вытеканием содержимого ЖКТ в полость тела. Если такое произойдет, обычно требуется операция для закрытия отверстия и/или дренирования этой области.
2. **КРОВОТЕЧЕНИЕ.** Если происходит кровотечение, обычно оно является осложнением биопсии, удаления полипов или дилатации. Лечение этого осложнения может заключаться в наблюдении, повторном проведении вашей процедуры для контроля кровотечения, переливании крови, проведении операции или радиологической процедуры. Если во время процедуры будет замечено кровотечение, могут быть использованы методы для его контроля, включая, помимо прочего, тепловую коагуляцию, установление зажимов, введение лекарственных средств.
3. **РЕАКЦИИ НА СЕДАЦИЮ / ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА.** Применение любых лекарственных средств связано с рисками. К таким рискам могут относиться легкое воспаление вены в месте введения, тошнота и/или рвота, аллергические реакции на вводимые лекарственные препараты, судороги или в редких случаях осложнения со стороны сердца и/или дыхательной функции.
4. **ПРОПУЩЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ИЛИ НЕПОЛНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ.** Ваш врач сделает все возможное, чтобы выявить все полипы, образования и злокачественные опухоли. Но всегда есть шанс, что одно или несколько образований могут быть пропущены из-за того, что они скрыты в складке кишечника или в остатках стула. Ваш врач приложит все усилия для завершения обследования в полном объеме, но иногда это невозможно в связи с особенностями анатомии или дискомфортом.
5. **ДРУГИЕ РИСКИ.** К дополнительным рискам относятся осложнения от других заболеваний, которые уже могут у вас быть, или повреждение зубов / стоматологических конструкций. В редких случаях может произойти травма селезенки (абразивное повреждение или рассечение селезенки), когда эндоскоп проходит по изгибу кишки рядом с селезенкой, что может привести к госпитализации, необходимости переливания крови и даже проведения операции. Неисправность оборудования и смерть являются крайне редкими рисками, но их минимальную вероятность нельзя полностью исключить. Вы должны уведомить своего врача обо всех своих аллергических реакциях и медицинских проблемах.

Альтернативы эндоскопии желудочно-кишечного тракта: хотя эндоскопия ЖКТ является чрезвычайно безопасным и эффективным способом обследования желудочно-кишечного тракта, она не дает 100-процентной точности в диагностике. В небольшом проценте случаев результатом может быть отсутствие диагноза или неправильный

Инициалы пациента Patient Initials: _____

диагноз. Иногда доступны другие диагностические или терапевтические процедуры, например лабораторные анализы, терапевтическое лечение, рентген и хирургическое вмешательство. Вы также можете выбрать вариант отказа от диагностических исследований и/или лечения. Ваш врач может обсудить с вами эти варианты.

Краткое описание эндоскопических процедур

1. **СЕДАЦИЯ И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:** внутривенное введение лекарственных средств перед процедурой и во время нее для достижения состояния расслабления и комфорта, достаточного для улучшения переносимости процедуры.
2. **ЭГДС (эзофагогастродуоденоскопия, или гастроскопия):** исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).
3. **ДИЛАТАЦИЯ ПИЩЕВОДА:** растягивание (при необходимости) узких участков пищевода с использованием расширяющих трубок или баллонов.
4. **ЭНТЕРОСКОПИЯ:** исследование тонкой кишки. Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).
5. **ГИБКАЯ СИГМОИДСКОПИЯ:** исследование анального отверстия, прямой кишки и левой стороны толстой кишки. Иногда может быть исследована вся толстая кишка (это называется колоноскопией). Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).
6. **КОЛОНОСКОПИЯ:** исследование всей толстой кишки или ее части. Пациенты старшего возраста и пациенты с обширным дивертикулитом более склонны к осложнениям. Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).
7. **ДИЛАТАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ:** растягивание (при необходимости) узких участков толстой кишки с использованием расширяющих трубок.
8. **ИЛЕОСКОПИЯ:** обследование нижнего отдела тонкой кишки (подвздошной кишки) через выполненную человеку илеостому. Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).
9. **ПАУЧОСКОПИЯ:** исследование подвздошно-анального мешка. Может быть выполнена биопсия или полипэктомия (удаление небольших выростов, называемых полипами).

Согласие. Я даю разрешение на введение лекарственных средств, которые могут быть сочтены желательными или необходимыми для моего комфорта, благополучия и безопасности. Я даю согласие на получение и публикацию любых сделанных снимков для использования в целях развития медицинского образования. Я подтверждаю, что понимаю информацию об эндоскопии желудочно-кишечного тракта. Мне предоставили полную информацию о рисках и возможных осложнениях моей процедуры, а также дали возможность задать любые вопросы своему врачу. Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной как пациентом о моей истории болезни, проблемах, принимаемых препаратах, питании и приеме жидкостей, верна. Я также понимаю, что ответственный взрослый человек должен сопровождать меня домой после выписки из центра эндоскопии. Я понимаю, что игнорирование этой рекомендации может создать для меня риск, если возникнут проблемы и о них не будет сообщено. Настоящим я даю разрешение и согласие:

Имя и фамилия врача Physician Name: _____

и любому лицу, которое он/она может назначить своим ассистентом, на проведение в отношении меня следующего:

Процедуры Procedure (s):

- ☐ Колоноскопия с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Colonoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Esophagogastroduodenoscopy (EGD) with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ Гибкая сигмоидоскопия с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Flexible Sigmoidoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- ☐ Энтероскопия с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Enteroscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ Илеоскопия с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Ileoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ Паучоскопия с возможной биопсией, полипэктомией и/или дилатацией
Pouchoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- ☐ Другое Other: _____

Если во время этой процедуры возникнут какие-либо непредвиденные обстоятельства, требующие (по мнению врача) дополнительных процедур, лечения или операций, я уполномочиваю его/ее выполнить любые действия, которые он/она сочтет желательными, включая сердечно-легочную реанимацию и перевод в местную больницу. Я понимаю, что мое предварительное распоряжение, если оно предоставлено центру, будет отправлено больнице в случае моего перевода. Я осознаю, что практическая медицина и хирургия не являются точными науками, и подтверждаю, что мне не было дано каких-либо гарантий касательно результата данной процедуры.

Подпись пациента или

законного представителя:

Patient or Legal Representative Signature

Дата:

Date

Время:

Time

Подпись свидетеля:

Witness Signature

Дата:

Date

Время:

Time

Подпись переводчика:

Interpreter Signature

Дата:

Date

Время:

Time

Предварительное распоряжение и раскрытие информации

Предварительное распоряжение — это простой способ письменно изложить ваши пожелания относительно принятия решений о медицинской помощи. Это документ, в котором вы даёте инструкции о том, какое лечение вы хотите получить, а какое не хотите получать, если не сможете выразить свою волю самостоятельно. Этот документ помогает семьям и медицинскому персоналу принимать решения о ходе лечения с целью отсрочки смерти. Обычно в нём указывается, насколько интенсивным должно быть медицинское вмешательство.

В штате Oregon Закон о принятии медицинских решений (Health Care Decision Act, ORS 127.505–127.995) позволяет человеку назначить лицо, которое будет принимать медицинские решения от вашего имени, если вы не сможете этого сделать сами. Такое лицо называется вашим «представителем по медицинским вопросам». Ваш представитель должен согласиться выполнять эту роль и подписать необходимые документы.

Предварительное распоряжение включает следующие пункты:

- Завещательное распоряжение
- Медицинская доверенность
- Указания по доврачебной медицинской помощи

Для получения дополнительной информации о предварительных распоряжениях или для скачивания форм посетите веб-сайт или позвоните по телефону:

<https://www.oregon.gov/oha/PH/ABOUT/Pages/AdvanceDirectiveAdoptionCommittee.aspx>
<https://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx>

Oregon Health Decisions по тел. 1-800-422-4805

Заполнение предварительного распоряжения полностью добровольное. Если вы не желаете оформлять предварительное распоряжение, вам не нужно заполнять соответствующие формы.

Политика The Oregon Clinic по завещательным распоряжениям

У всех пациентов, у которых во время пребывания в эндоскопическом центре возникнут проблемы с сердцем или дыханием, будут начаты и продолжены меры по поддержанию жизни. Пациентам будет предоставлена возможность обратиться в другое медицинское учреждение для получения помощи, если они не согласны с данным ограничением. При наличии копии любых предварительных распоряжений будут переданы вместе с пациентом при его переводе в другое учреждение.

Раскрытие информации о врачах

В соответствии с федеральными нормативами Medicare, мы обязаны сообщить, что наши врачи имеют финансовый интерес в эндоскопических центрах гастроэнтерологии клиники The Oregon Clinic.

Уведомление о правах на направление и подтверждение ознакомления с данной информацией

В соответствии с законом штата Oregon (ORS 441.098), когда вас направляют на получение медицинских услуг за пределами нашей клиники, мы обязаны уведомить вас о том, что вы можете пройти исследование или получить услугу в учреждении, отличном от рекомендованного вашим врачом или поставщиком медицинских услуг.

Уведомление о праве отказаться от участия в будущих анонимных и (или) закодированных генетических исследованиях

В штате Oregon действуют законы, защищающие генетическую конфиденциальность людей. Эти законы дают вам право отказаться от использования вашей медицинской информации или биологических образцов в исследовательских целях. Биологический образец может включать образец крови, образец мочи или другие материалы, собранные из вашего тела. Вы можете решить, предоставлять ли вашу медицинскую информацию или биологические образцы для генетических исследований. Для получения дополнительной информации посетите [Уведомление о правилах конфиденциальности | The Oregon Clinic](#).

Права и обязанности пациента

<https://www.oregonclinic.com/patient-rights/>

«Пациент» означает пациента, представителя пациента или доверенного лица для принятия решений, если применимо.

ВАШИ ПРАВА КАК ПАЦИЕНТА КЛИНИКИ THE OREGON CLINIC

- Получать все сообщения на понятном вам языке и/или в понятной вам форме. При необходимости вам предоставят переводчика. Клиника The Oregon Clinic предоставляет вспомогательные средства и услуги людям с ограниченными возможностями для эффективного общения с нами. К ним относятся:
 - квалифицированные сурдопереводчики и устные переводчики;
 - информация на нескольких языках, распространённых в этом городе.
 - Если вы считаете, что клиника The Oregon Clinic не предоставила эти услуги или дискриминирует вас иным образом на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности, пола (в том числе гендерной идентичности и сексуальной ориентации) или любой комбинации этих характеристик, можете предпринять указанные далее действия.
- Вы можете подать жалобу координатору по гражданским правам / специалисту по соблюдению нормативных требований в клинике The Oregon Clinic по почте (541 NE 20th Ave, Suite 225, Portland, OR 97232), факсу (503-935-8911) или электронной почте (compliance@orclinic.com).
- Вы можете подать жалобу на нарушение гражданских прав в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) Департамента здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services) в электронном виде ([U.S. Department of Health & Human Services - Office for Civil Rights](https://www.hhs.gov/office-for-civil-rights/)), по телефону (1-800-368-1019) или телетайпу (800-537-7697). Формы жалоб доступны [здесь](#). Факс — 202-619-3818.
- Если у вас возникли какие-то проблемы, связанные с амбулаторными хирургическими центрами клиники The Oregon Clinic, вы можете связаться с Программой регулирования и улучшения качества здравоохранения (Health Care Regulation and Quality Improvement Program) Управления здравоохранения (Health Authority) штата Oregon: 800 NE Oregon Street, suite 465, Portland OR 97232; 971-673-0540. Формы жалоб доступны [здесь](#).

- Получать медицинские услуги с проявлением к вам внимания, уважения и сострадания в безопасной и надежной обстановке, свободной от всех форм дискриминации, злоупотреблений или домогательств. Клиника The Oregon Clinic соблюдает действующие федеральные законы в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола.
- Реализовывать свои права без угрозы дискриминации или преследований.
- На неприкосновенность личной жизни и соблюдение конфиденциальности в отношении вашего медицинского обслуживания. Информация может быть разглашена только с вашего согласия, за исключением случаев, предусмотренных законом. Вы имеете право на информирование о причине присутствия любого человека. Правила HIPAA будут соблюдены.
- Получать информацию о своем диагнозе, лечении и ожидаемом результате от своего медицинского специалиста или назначенного персонала в понятной форме. Если предоставление такой информации пациенту нецелесообразно по медицинским показаниям, эта информация предоставляется лицу, назначенному пациентом, или лицу, уполномоченному по закону.
- Получать необходимую информацию и участвовать в принятии решений относительно процедуры или предложенного лечения, чтобы иметь возможность дать информированное согласие или отказаться от этого курса лечения.
- На обеспечение разумной непрерывности медицинской помощи и заблаговременное уведомление о времени и месте приема(-ов), а также о практикующем враче, который будет оказывать услуги.
- На консультации с другим врачом или на смену поставщика медицинских услуг, если доступны другие квалифицированные специалисты.
- Соглашаться или отказываться участвовать в исследовательских проектах.
- Знать имя и профессиональный статус поставщика, несущего основную ответственность за координацию вашего медицинского обслуживания, а также имена, квалификацию, профессиональные связи и отношения других практикующих врачей и медицинских работников, которые могут вас принимать.
- В пределах, установленных законодательством, ознакомиться со своей медицинской документацией. Все сообщения и записи, относящиеся к предоставляемым вам медицинским услугам, будут считаться конфиденциальными.
- Получать информацию до начала процедуры, включая описание применимых законов штата о здравоохранении и безопасности, и, при необходимости, официальные формы предварительных медицинских распоряжений штата. Они предоставляются по запросу.

- На любые предварительные медицинские распоряжения, касающиеся завещаний о поддержании жизни, медицинских доверенностей или других документов, ограничивающих ваше медицинское обслуживание, которые имеют юридическую силу и наличие которых задокументировано в вашей медицинской карте. У вас также есть право быть направленным(-ой) в другое учреждение, если вы хотите, чтобы ваши предварительные медицинские распоряжения были соблюдены во время процедуры. Для получения дополнительной информации посетите эту страницу: [Управление здравоохранения штата Oregon. Консультативный комитет по предварительным медицинским распоряжениям \(Advance Directive Advisory Committee, ADAC\). Об Отделе общественного здравоохранения. Штат Oregon](#). Для доступа к формам посетите эту страницу: [Управление здравоохранения штата Oregon. Формы предварительных медицинских распоряжений. Об Отделе общественного здравоохранения. Штат Oregon](#).
- Предоставлять соответствующие отзывы, включая предложения и жалобы.
- Высказывать жалобы в устной или письменной форме относительно лечения либо услуг, которые предоставляются или не предоставляются. Для получения помощи в выражении жалоб или претензий в устной либо письменной форме посетите [Центр омбудсмена | Ombudsman Center, CMS](#) или позвоните по номеру 1-800-MEDICARE; Департамент человеческих ресурсов (Department of Human Services, DHS) штата Oregon: [Департамент человеческих ресурсов штата Oregon. Жалобы и проблемы. О нас. Штат Oregon](#).
- Изучать и получать разъяснения по вашему счету и нашим правилам оплаты, независимо от источника оплаты.
- На доступ к врачам-владельцам по телефону в нерабочее время. При необходимости принимаются экстренные меры.

Используйте формы на странице [Patient Rights Forms \(Формы прав пациента\)](#), чтобы делать запросы на внесение изменений в свои медицинские записи, введение ограничений на защищенную медицинскую информацию или на предоставление отчетов о раскрытии защищенной медицинской информации.

ВАШИ ОБЯЗАНОСТИ КАК ПАЦИЕНТА КЛИНИКИ THE OREGON CLINIC

- Предоставлять полную и точную информацию о своем здоровье, в том числе текущем состоянии, перенесенных заболеваниях, госпитализации, лекарствах, включая безрецептурные препараты и добавки, аллергии и чувствительности, а также любую другую информацию, относящуюся к вашему здоровью.
- Принимать активное участие в собственном медицинском обслуживании.
- Сообщать, понимаете ли вы четко предполагаемый план действий и то, что от вас ожидается, в том числе в случаях, когда вы планируете не следовать

предписанному лечению или рассматриваете альтернативные методы. Задавать вопросы, когда вы чего-то не понимаете.

- Следовать плану лечения, который рекомендует ваш практикующий врач; план может включать указания медсестер и смежных медицинских работников, поскольку они выполняют скоординированный план медицинского обслуживания и распоряжения ответственного практикующего врача, а также обеспечивают соблюдение применимых правил и норм.
- Сообщать о неожиданных изменениях в вашем состоянии ответственному практикующему врачу.
- Принимать на себя ответственность за свои действия, если вы отказываетесь от лечения или не собираетесь следовать указаниям практикующего врача.
- Предоставлять полную и точную информацию о выставлении счетов для обработки претензий и своевременно оплачивать счета.
- Посещать назначенные приемы, приходить вовремя и уведомлять своего врача как можно быстрее, если вы не можете прийти.
- В зависимости от получаемого вами медицинского обслуживания, обеспечить наличие ответственного взрослого человека, который сможет отвезти вас домой и оставаться с вами в соответствии с указаниями врача или инструкциями по выписке.
- Вести себя уважительно по отношению к окружающим и к их собственности, находясь в учреждениях The Oregon Clinic. Невыполнение этого требования может привести к прекращению обслуживания в клинике.
- Ознакомьтесь с нашей [Политикой конфиденциальности](#).

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ НА НАПРАВЛЕНИЕ

НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ ВАШИ ПРАВА В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАПРАВЛЯЕТ ВАС К ДРУГОМУ ПОСТАВЩИКУ ЛИБО В ДРУГОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИЗ-ЗА НЕОБХОДИМОСТИ В ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУРАХ ИЛИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ.

В соответствии с законодательством штата Oregon, когда вас направляют для получения медицинских услуг за пределами нашей клиники, мы, The Oregon Clinic, обязаны уведомить вас о том, что вы можете пройти диагностическую процедуру или получить услугу в учреждении, отличном от рекомендованного вашим врачом или поставщиком медицинских услуг.

Ниже указано, что гласит закон штата Oregon (ORS 441.098).

- Направление на диагностическую процедуру, лечение или медицинскую услугу должно основываться на потребностях пациента в лечении и его личных предпочтениях в области медицинского обслуживания.
- Если пациента направляют на диагностическую процедуру, лечение или медицинскую услугу в учреждение, которое представляет для направляющего врача (или ближайшего члена его семьи) финансовую заинтересованность, пациент должен быть уведомлен об этой заинтересованности устно и в письменной форме в момент выдачи направления.
- Практикующий врач или его представитель должен сообщить пациенту в момент направления, что:
 - (a) пациент имеет право выбирать, где проходить диагностические процедуры, получать лечение или услуги;
 - (b) если пациент выбирает не учреждение, рекомендуемое практикующим врачом, а другое, он обязан самостоятельно связаться со своей страховой компанией, чтобы определить степень покрытия или ограничения покрытия стоимости диагностических процедур, лечения или услуг в нем.
- Практикующий врач не может отказать в направлении, ограничить его или отозвать только потому, что пациент решает пройти диагностическую процедуру либо получить лечение или услугу в другом учреждении.

Чтобы прослушать запись данного документа «Права и обязанности пациента» (Patient Rights and Responsibilities), позвоните по номеру 503-935-8334.

(Редакция от 02/04/2025)

Чего ожидать: оплата колоноскопии

СКРИНИНГОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Симптомы (желудочно-кишечные) отсутствуют, возраст старше 45 лет, пациент **не** имеет в анамнезе воспалительных заболеваний кишечника, полипов толстой кишки и (или) рака.

Эта услуга **МОЖЕТ** покрываться в рамках Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA) без дополнительных расходов для пациента.

При удалении полипов покрытие Medicare может измениться на диагностическое обследование

Коды CPT для предоставления вашей страховой компании: 45378, 45380 и 45385

Коды диагнозов: Z12.11 (скрининговая колоноскопия)

Коды CPT для анестезии (седации): 00811 и 00812

Коды CPT для патологических исследований: 88305 и 88312

НАБЛЮДЕНИЕ

Симптомы (желудочно-кишечные) отсутствуют, у пациента **имеются** в личном и семейном анамнезе воспалительные заболевания кишечника, полипы толстой кишки и (или) рак

Эта услуга **МОЖЕТ НЕ СЧИТАТЬСЯ** профилактической и к ней может применяться франшиза и состраховование.

Коды CPT для предоставления вашей страховой компании: 45378, 45380 и 45385

Коды диагнозов: Z86.010 (наличие полипов в анамнезе) или Z80.0 (наличие полипов в семейном анамнезе)

Если у вас воспалительное заболевание кишечника, позвоните в нашу приемную, чтобы получить код диагноза.

Коды CPT для анестезии (седации): 00811 и 00812

Коды CPT для патологических исследований: 88305 и 88312

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

В настоящее время имеются желудочно-кишечные симптомы.

Эта услуга **НЕ СЧИТАЕТСЯ** профилактической и к ней применяется франшиза и состраховование.

Коды CPT для предоставления вашей страховой компании: 45378, 45380 и 45385

Коды диагнозов: Они могут различаться, поэтому свяжитесь с нашей приемной, чтобы узнать ваш код диагноза.

Коды CPT для анестезии (седации): 00811 и 00812

Коды CPT для патологических исследований: 88305 и 88312

- Мы выставляем счет за профессиональные услуги и услуги учреждения. Плата за анестезию (седацию) и патологические исследования выставляется независимыми организациями; подробную информацию смотрите в отдельном документе здесь: www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information
- Мы **НЕ МОЖЕМ** изменить, добавить или удалить код диагноза, чтобы процедура считалась скрининговой колоноскопией. Ваша страховая компания может утверждать, что мы можем, но это неверно. Ваша медицинская карта — это юридически обязательный документ, который в соответствии с государственными, страховыми и нормативными требованиями не может быть изменен. Изменение, добавление или удаление диагностического кода считается страховым мошенничеством и карается по закону.
- Для всех вышеперечисленных категорий вам потребуется оплатить сумму вашей франшизы и максимального размера оплаты из собственных средств. Важно знать, что ваша страховая компания может не считать вашу колоноскопию «скрининговой колоноскопией».
- Поскольку каждая ситуация индивидуальна, мы настоятельно рекомендуем всем пациентам заранее уточнить у своей страховой компании информацию о покрытии этой процедуры. Это поможет избежать неожиданных расходов.



Чего ожидать: оплата колоноскопии

СКРИНИНГОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Симптомы (желудочно-кишечные) отсутствуют, возраст старше 45 лет, пациент **не** имеет в анамнезе воспалительных заболеваний кишечника, полипов толстой кишки и (или) рака.

Эта услуга МОЖЕТ покрываться в рамках Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA) без дополнительных расходов для пациента.

При удалении полипов покрытие Medicare может измениться на диагностическое обследование

Коды CPT для предоставления вашей страховой компании: 45378, 45380 и 45385

Коды диагнозов: Z12.11 (скрининговая колоноскопия)

Коды CPT для анестезии (седации): 00811 и 00812

Коды CPT для патологических исследований: 88305 и 88312

НАБЛЮДЕНИЕ

Симптомы (желудочно-кишечные) отсутствуют, у пациента **имеются** в личном и семейном анамнезе воспалительные заболевания кишечника, полипы толстой кишки и (или) рак

Эта услуга МОЖЕТ НЕ СЧИТАТЬСЯ профилактической и к ней может применяться франшиза и сострахование.

Коды CPT для предоставления вашей страховой компании: 45378, 45380 и 45385

Коды диагнозов: Z86.010 (наличие полипов в анамнезе) или Z80.0 (наличие полипов в семейном анамнезе)

Если у вас воспалительное заболевание кишечника, позвоните в нашу приемную, чтобы получить код диагноза.

Коды CPT для анестезии (седации): 00811 и 00812

Коды CPT для патологических исследований: 88305 и 88312

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

В настоящее время имеются желудочно-кишечные симптомы.

Эта услуга НЕ СЧИТАЕТСЯ профилактической и к ней применяется франшиза и сострахование.

Коды CPT для предоставления вашей страховой компании: 45378, 45380 и 45385

Коды диагнозов: Они могут различаться, поэтому свяжитесь с нашей приемной, чтобы узнать ваш код диагноза.

Коды CPT для анестезии (седации): 00811 и 00812

Коды CPT для патологических исследований: 88305 и 88312

- Мы выставляем счет за профессиональные услуги и услуги учреждения. Плата за анестезию (седацию) и патологические исследования выставляется независимыми организациями; подробную информацию смотрите в отдельном документе здесь: www.oregonclinic.com/gi-preps/billing-information
- Мы **НЕ МОЖЕМ** изменить, добавить или удалить код диагноза, чтобы процедура считалась скрининговой колоноскопией. Ваша страховая компания может утверждать, что мы можем, но это неверно. Ваша медицинская карта — это юридически обязательный документ, который в соответствии с государственными, страховыми и нормативными требованиями не может быть изменен. Изменение, добавление или удаление диагностического кода считается страховым мошенничеством и карается по закону.
- Для всех вышеперечисленных категорий вам потребуется оплатить сумму вашей франшизы и максимального размера оплаты из собственных средств. Важно знать, что ваша страховая компания может не считать вашу колоноскопию «скрининговой колоноскопией».
- Поскольку каждая ситуация индивидуальна, мы настоятельно рекомендуем всем пациентам заранее уточнить у своей страховой компании информацию о покрытии этой процедуры. Это поможет избежать неожиданных расходов.



Информация о выставлении счетов

Вы будете получать счета от различных организаций, связанных с вашей процедурой, таких как врач, медицинское учреждение (эндоскопический центр или больница Oregon Clinic), анестезиолог, патолог и (или) (гистологическая) лаборатория. Административное подразделение Oregon Clinic (тел.: 503-963-2900) может предоставить информацию только по оплате наших услуг. Если вам понадобится помощь или у вас возникнут вопросы по счетам, воспользуйтесь таблицей ниже, чтобы определить, кто сможет лучше всего ответить на ваши вопросы.

Благодарим вас за то, что предоставили нам возможность оказывать вам гастроэнтерологические услуги.

ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ УСЛУГИ	Гастроэнтерология — восток Местоположение: Gateway	Гастроэнтерология — запад Местоположение: Peterkort Building	Гастроэнтерология — юг Местоположение: Tualatin, Oregon City и Newberg
Оплата профессиональных услуг: покрывает профессиональные услуги гастроэнтерологов. Приёмы и процедуры Оплата услуг центра эндоскопии: покрывает использование помещения, оборудования, уход медицинских сестер и медицинские расходные материалы Оплата гистологии: покрывает стоимость обработки образца после процедуры.	Административное подразделение Oregon Clinic Телефон (503) 963-2900 Время работы: с понедельника по пятницу; с 8:00 до 16:30		
Оплата услуг патолога: покрывает стоимость работы патолога, который изучает и интерпретирует образец на предметном стекле.	Oregon Clinic, лаборатория гастроэнтерологической патологии Телефон: (503) 963-2900 Время работы: с понедельника по пятницу; с 8:00 до 16:30 Providence Laboratory Services (информации о выставлении счетов) Телефон: (866) 747-2455 Время работы: с понедельника по пятницу, с 8:00 до 17:00; Суббота: с 9:00 до 14:00 Контактные ресурсы Поддержка по вопросам счетов Providence		
Оплата анестезии: покрывает стоимость профессиональных услуг седации, предоставляемых врачом (MD) или анестезистом (CRNA).	Metropolitan Anesthesia (Coronis Health — компания, выставяющая счета) Телефон: (800) 242-1131 Добавочный номер 5319 Время работы: с понедельника по пятницу; с 8:00 до 17:00 по восточному времени (EST)	Metropolitan Anesthesia (Coronis Health — компания, выставяющая счета) Телефон: (800) 242-1131 Добавочный номер 5319 Время работы: с понедельника по пятницу; с 8:00 до 17:00 по восточному времени (EST)	Anesthesia Associates NW (Anesthesia Business Consultants — компания, выставяющая счета) Телефон: (877) 222-4217 или (925) 949-2302 Время работы: с понедельника по пятницу; с 7:00 до 15:00 по тихоокеанскому времени (PST)
Если вашу процедуру проводили в больнице, обращайтесь в эту больницу по ВСЕМ вопросам оплаты (профессиональные услуги, услуги учреждения, анестезиология и патологические исследования).			
Любая больница Providence	Административное подразделение Providence Health and Services Телефон: (503) 215-4300 Время работы: с понедельника по пятницу; с 8:00 до 20:00, суббота с 9:00 до 14:00		
Любая больница Legacy	Административное подразделение Legacy Health System Телефон: (503) 413-4048 Время работы: с понедельника по пятницу; с 8:00 до 18:45		