



SAN MATEO COUNTY HEALTH

BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ НА УСЛУГИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ	
Полное имя клиента:	Дата рождения:
MR №	
Поставщик услуг телемедицины:	Программа:
<input type="checkbox"/> Этот поставщик услуг проверил и обновил следующие данные клиента: текущий адрес, номер телефона и контакты на случай критической ситуации.	
ВВЕДЕНИЕ	
<p>Для вас будет проведен клинический прием с помощью технологий видеоконференции. Вы сможете видеть и слышать поставщика услуг, а он/она будет видеть и слышать вас, как будто вы находитесь в одной комнате. Полученная информация может быть использована для постановки диагноза, лечения, терапии, последующего наблюдения и/или обучения.</p>	
<p>Ожидаемая польза:</p> <ul style="list-style-type: none"> Улучшение доступа к медицинским услугам, что позволит клиенту находиться в удаленном месте и дистанционно получать услуги от поставщиков. Клиент остается рядом с домом, где местные поставщики медицинских услуг могут продолжать непрерывность ухода. Снижение количества перемещений для клиента и другого поставщика услуг. 	
<p>Процедура: Если вам некомфортно видеть поставщика услуг по видеоконференции, вы можете отказаться от использования этой технологии и в любое время запланировать традиционный телефонный сеанс связи без видео. Для обеспечения безопасности видеоконференции был принят ряд мер. Кроме того, запись приема, частично или полностью, не будет выполняться без вашего</p>	
<p>Возможные риски: В процессе оказания услуг телемедицины существуют определенные риски, в частности:</p> <ul style="list-style-type: none"> Поставщик услуг может определить, что в процессе клинического приема по методу телемедицины, невозможно собрать достаточно информации для принятия правильного клинического решения, что может потребовать дополнительного очного приема. Проблемы технического характера могут в любой момент повлечь задержки медицинских оценок и лечения. В исключительно редких случаях протоколы безопасности могут дать сбой, что приведет к нарушению конфиденциальности вашей информации. Вам оперативно сообщат, если возникнут проблемы с защитой 	
<p>Подписание этой формы или устное согласие означает, что:</p> <ol style="list-style-type: none"> Я понимаю, что у меня есть право отозвать согласие на использование услуг телемедицины в любое время в процессе моего лечения, что не повлияет на мое право на лечение или уход в будущем. Я понимаю, что я могу рассчитывать на ожидаемую пользу от использования услуг телемедицины в процессе моего лечения, но при этом никакие результаты не гарантированы. Я понимаю, что законы, которые защищают конфиденциальность и врачебную тайну медицинской информации также применимы 	
<p>Устное соглашение на использование услуг телемедицины:</p> <input type="checkbox"/> Эта форма была просмотрена с клиентом. Клиент устно подтвердил то, что он/она понял(-а) описанную выше информацию о телемедицине и получил(-а) все ответы на свои вопросы. Дата/время устного согласия: _____	
<p>Клиент разрешил _____ использовать телемедицину в процессе постановки диагноза и лечения. (название агентства)</p>	
<p>Подпись/устное подтверждение клиента (или уполномоченного лица) _____ Дата/время _____</p>	
<p>Подпись поставщика услуг, подтверждающая получение информированного согласия _____ Дата/время _____</p>	