

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT

Où et quand s'applique ce consentement

Je suis conscient(e) que ce consentement couvre les soins et les traitements que je recevrai dans les hôpitaux de Memorial Health (« Memorial »), que ce soit en personne ou par télé-médecine.

Les hôpitaux Memorial Health comprennent le Decatur Memorial Hospital, le Jacksonville Memorial Hospital, le Lincoln Memorial Hospital, le Springfield Memorial Hospital et le Taylorville Memorial Hospital. Ce consentement couvre le traitement de tous les services et demandes de soins dispensés dans ces hôpitaux.

Consentement au traitement

Je consens au traitement et aux soins pour moi-même ou en tant que tuteur/ tutrice légal(e) du patient concerné.

Je suis conscient(e) que mes soins et mon traitement peuvent inclure l'un des services suivants.

- Traitement ou services d'urgence
- Tests de laboratoire
- Services d'imagerie
- Procédures ou traitement médicaux ou chirurgicaux
- Anesthésie ou services hospitaliers
- Prise de photos, vidéos et autres enregistrements
- Autres traitements médicaux de routine et procédures diagnostiques ou techniques qui, de l'avis du prestataire de Memorial, peuvent être considérés comme nécessaires ou recommandés pour le diagnostic, le traitement, la réalisation de soins de santé et/ou le paiement de Memorial.

Je suis conscient(e) que mes soins peuvent inclure un test VIH.

Si je souhaite refuser le test, je dois en informer mon professionnel de santé. Si je refuse un test de dépistage du VIH, je continue à recevoir les autres services dont j'ai besoin et qui me conviennent.

Je suis conscient(e) que le traitement et les soins au Memorial peuvent être dispensés par des personnes en formation.

Ces personnes peuvent inclure des médecins internes, des étudiants en médecine et d'autres étudiants en soins de santé. Ils sont en formation et sont habilités à dispenser des soins médicaux. Ils peuvent m'interroger, m'examiner ou m'observer. Ils peuvent également effectuer des tests de diagnostic ou des procédures médicales sur ma personne. Ils exécutent l'ensemble de ces opérations sous la supervision de médecins expérimentés. J'autorise l'utilisation de mes dossiers médicaux, y compris, mais sans s'y limiter, les radiographies et les photographies, à des fins de recherche et d'enseignement.

Je suis conscient(e) qu'il me sera demandé de signer un autre formulaire de consentement pour toute procédure pouvant présenter des risques importants. Je suis conscient(e) que la médecine et la chirurgie ne sont pas des sciences exactes.

Je reconnais n'avoir reçu aucune garantie quant aux résultats des services que je recevrai. Cela comprend les résultats de tout diagnostic, traitement, procédure chirurgicale, test ou examen effectué.

J'accepte de révéler toute information qui m'est demandée, dans la limite de mes connaissances.

Cela comprend des informations sur mes antécédents financiers, familiaux et médicaux. Je reconnais également que les informations que j'ai déjà fournies sont exactes, correctes et complètes.

Je comprends que le principe de la télésanté est la prestation de services de santé clinique par l'intermédiaire d'une plateforme technologique ou d'autres moyens électroniques entre un praticien et un patient qui se trouvent dans deux endroits différents.

Je comprends que la télésanté présente son lot de risques, d'avantages et d'inconvénients, notamment, sans s'y limiter, l'interruption de la transmission en cas de défaillance technique. Je comprends que les sessions en ligne ne seront pas enregistrées par l'une ou l'autre des parties. Je comprends que le professionnel de santé puisse considérer que les services de télésanté ne sont pas adaptés et qu'un niveau de prise en charge plus élevé soit nécessaire.

J'ai bien compris que je peux refuser une procédure ou un traitement, dans la mesure où la loi m'y autorise.

Cela inclut toute intervention médicale ou chirurgicale ou tout autre type de traitement. Sachez toutefois que dans certains cas particuliers—notamment en santé mentale—vous pouvez être soigné et avoir l'interdiction de quitter l'hôpital, même si vous vous y opposez.

- Faisant partie des Témoins de Jéhovah aux convictions religieuses affirmées, je déclare par la présente ma volonté qu'aucun dérivé sanguin ne me soit administré au cours de cette hospitalisation.

Droits et responsabilités des patients

J'ai lu la politique de Memorial relative aux droits et aux responsabilités des patients.

Je comprends que Memorial fournit des services à toutes les personnes sans distinction de race, de couleur, de sexe, d'origine nationale, d'ascendance, de handicap, de religion, d'orientation ou de préférence sexuelle, d'état civil, de statut parental, de statut d'ancien combattant, de droit à des prestations ou à des activités syndicales, ou de tout autre statut protégé en vertu de toute loi locale, étatique ou fédérale applicable.

Je suis conscient(e) que mes effets personnels sont sous ma responsabilité.

Cela comprend mes lunettes, mes appareils auditifs, mes prothèses dentaires, mes bijoux, mon argent en espèces, mes cartes de crédit, mes appareils électroniques personnels et tous mes autres objets de valeur. Par la présente, je dégage Memorial de toute responsabilité à l'égard de ces objets de valeur et effets personnels.

Lorsque mes soins incluent des prestataires hors réseau

Conformément à la loi sur la facturation équitable des patients (Fair Patient Billing Act) :

- Je suis conscient(e) que je peux recevoir des factures distinctes pour des services fournis par des prestataires de soins de santé liés à Memorial.
- Certains membres du personnel hospitalier peuvent ne pas faire partie du même régime d'assurance et du même réseau que Memorial.
- Je peux avoir une charge financière plus importante pour les services fournis par les prestataires de Memorial qui ne sont pas couverts par mon régime d'assurance.
- Si j'ai des questions sur les indemnités et la couverture, je m'adresserai à mon assurance.

Paiements et coûts des soins

J'accepte de payer Memorial pour tous les services et fournitures qui me sont prodigués.

Je comprends que je suis financièrement responsable de tous les frais liés à mon traitement. Je comprends que Memorial soumettra, par obligeance à mon égard, des demandes de remboursement de la couverture au tiers aux organismes d'assurance primaires et secondaires que j'ai communiqués à Memorial. J'autorise Memorial à remplir tous les formulaires nécessaires afin d'obtenir le paiement de tiers payeurs, y compris Medicare et Medicaid, et de tous les régimes d'assurance liés à mon traitement. J'autorise tout détenteur d'informations médicales ou autres me concernant à communiquer à l'Administration de la sécurité sociale, ou à ses intermédiaires ou prestataires, toute information nécessaire à la présente demande ou à une demande connexe de Medicare. Par la présente, j'autorise le paiement des prestations d'assurance à Memorial et lui attribue toutes les indemnités dues en vertu de l'ensemble des assurances médicales me couvrant, dans la mesure où elles sont nécessaires pour couvrir les coûts de celles-ci, y compris les services des médecins. Par la présente, je cède également à Memorial tous les droits en matière de politiques de tiers payant, y compris, mais sans s'y limiter, le droit de désigner un bénéficiaire, d'ajouter l'admissibilité des personnes à charge, d'avoir une politique individuelle maintenue ou émise conformément à ces conditions et à tous les bénéfices en vertu de toute politique d'assurance, certificat de souscription, ou autre accord d'indemnisation des prestations de santé payables pour les services dispensés par Memorial. En cas de réception d'un paiement entraînant un trop-perçu pour cette visite, j'autorise l'application du trop-perçu à toute facture impayée de Memorial dont je suis responsable.

Je garantis le paiement intégral des frais pour les services dispensés par Memorial. Le paiement est dû, en totalité, dans les 90 jours suivant la date des services, à moins que des dispositions soient prises avec un représentant autorisé de Memorial. J'accepte de permettre à Memorial, ou à ses représentants, d'accéder à mes antécédents de crédit et à ma cote de solvabilité actuelle pour les soldes de comptes impayés et les demandes d'aide financière.

En apposant mes initiales sur cette ligne, je certifie que ma blessure est liée au travail et autorise Memorial à examiner, copier et divulguer tous les dossiers médicaux relatifs au traitement.

J'accepte la responsabilité de tous les frais liés au recouvrement de ces coûts.

Cela comprend tous les frais de justice, les frais de recouvrement et les honoraires d'avocat raisonnables engagés par Memorial pour tenter de percevoir les montants impayés dus. Je comprends que ces frais peuvent représenter jusqu'à 50 % du solde envoyé en recouvrement et qu'ils s'ajoutent au solde impayé. Je certifie que les informations que j'ai fournies en vue du paiement des soins sont, à ma connaissance, complètes et exactes.



Je suis conscient(e) que les unités ambulatoires de Memorial peuvent facturer des services en tant que cliniques « prestataires ».

En plus d'une facture pour les honoraires du médecin, Memorial facturera des frais d'établissement pour chaque consultation. Cela signifie que je recevrai soit :

- une seule facture de Memorial, contenant les honoraires pour les services du médecin et les frais d'établissement, ou
- deux factures distinctes de Memorial : l'une contenant les honoraires pour les services du médecin, l'autre contenant les frais d'établissement.

Je suis conscient(e) que mon régime d'assurance peut avoir une franchise et une exigence de coassurance différentes pour un centre hospitalier que pour un cabinet de médecin.

De nombreux organismes d'assurance paient en fonction de l'endroit où les services sont fournis. Par exemple, un service dispensé dans une clinique peut être couvert différemment d'un service dispensé dans un cabinet médical privé.

Je sais que je peux me renseigner auprès de ma compagnie d'assurance si j'ai des questions sur la couverture de mon régime.

Je sais que je peux également m'adresser à mon employeur si j'ai des questions sur la manière dont mon régime paie les services médicaux fournis par les prestataires.

Contact par téléphone portable, SMS ou e-mail

J'accepte de recevoir des appels téléphoniques et des SMS sur mon portable, ainsi que des e-mails.

Je fournirai mon numéro de téléphone et mon adresse e-mail lors de l'inscription ou de l'admission à l'hôpital. En fournissant mon numéro de téléphone et mon adresse e-mail à Memorial, je comprends que je donne mon consentement exprès à Memorial ou à ses tiers contractants pour qu'ils me contactent (y compris par le biais d'un composeur téléphonique automatique) par appel téléphonique, SMS ou e-mail au(x) numéro(s) de téléphone et/ou adresse(s) e-mail(s) fournis au sujet du paiement et des activités liées aux soins de santé, y compris, mais sans s'y limiter :

- confirmations de rendez-vous et rappels
- rappels généraux relatifs à la santé, tels que le vaccin contre la grippe, les campagnes de vaccination
- instructions d'enregistrement à l'hôpital
- instructions préopératoires
- suivi après la sortie de l'hôpital
- retour d'expérience des patients
- instructions relatives aux soins à domicile
- gestion de mon compte
- encaissement des sommes dues.

Je suis conscient(e) que je peux demander à ne plus recevoir de SMS et de messages automatisés.

Je peux les annuler de n'importe quelle manière appropriée. Cela comprend l'annulation en personne ou par téléphone (au 217-788-3186). Je peux me « désinscrire » des e-mails provenant de Memorial. Je peux également envoyer un SMS STOP lorsque je reçois un SMS de Memorial. Je suis conscient(e) que Memorial ne me facture aucun frais pour ces communications, mais les tarifs standard de mon forfait téléphonique pour les messages et les données peuvent s'appliquer. Ces frais sont à ma charge.

Utilisation de mes informations de santé

Je suis conscient(e) que Memorial peut enregistrer mes informations de santé. Par la présente, je déclare avoir été informé de la politique de confidentialité de Memorial et l'accepter.

Memorial peut les enregistrer de différentes manières. Cela comprend les formats électroniques, photographiques, numériques, audio et autres. J'accepte que Memorial puisse produire et utiliser ces informations enregistrées en interne, dans le cadre de l'enseignement et de la formation médicale, et pour d'autres raisons décrites dans l'Avis relatif aux pratiques de confidentialité de Memorial, y compris le partage et/ou la réception des informations de prescription avec une base de données nationale des prescriptions utilisée lors de la prescription électronique de médicaments dans le cadre de mon traitement, le cas échéant. Par la présente, je déclare avoir lu l'Avis relatif aux pratiques de confidentialité de Memorial et comprendre son contenu.

J'autorise Memorial et tout fournisseur de soins de santé susceptible de me traiter à divulguer des informations de santé pertinentes me concernant, y compris des informations hautement protégées, à certains organismes de santé.

Par la présente, je reconnais qu'une telle divulgation peut inclure des informations génétiques et autorise leur divulgation à des fins de facturation.

Partage de mes informations dans le répertoire des patients de Memorial

Je suis conscient(e) que Memorial peut utiliser et partager des informations spécifiques me concernant dans le répertoire des patients de Memorial.

Ces informations incluent mon nom, le lieu où je reçois des soins, mon état de santé général et mon appartenance religieuse. En outre, je comprends que ces informations, à l'exception de l'affiliation religieuse, seront partagées avec les personnes qui en font la demande. Cela inclut les médias. Memorial fournira uniquement mon affiliation religieuse à un membre du clergé, même s'il ne mentionne pas mon nom.

Je suis conscient(e) que si je ne souhaite pas que mes informations figurent dans le répertoire des patients, j'ai la possibilité de m'en retirer lors de mon enregistrement.

Je sais que cela signifie que les fleuristes et autres visiteurs peuvent ne pas être en mesure de trouver ma chambre ou de me contacter. Ces visiteurs peuvent inclure des membres de la famille.

Réclamations

Memorial espère que chaque consultation ou hospitalisation se déroulera sans encombre.

Si ce n'est pas le cas, veuillez nous faire part des problèmes rencontrés. Nous prendrons les mesures appropriées pour y remédier. Chaque patient a le droit de soumettre une réclamation ou une préoccupation concernant tout aspect de sa visite et d'attendre une réponse rapide. Cela comprend les plaintes concernant les soins médicaux, le service, les conditions et la facturation. Vous pouvez soumettre vos préoccupations par écrit ou en personne.

Si vous avez des commentaires, des questions ou des préoccupations, nous vous suggérons, vous ou une personne en votre nom, d'en discuter avec un membre de votre équipe de soins ou de parler au directeur de la clinique ou de l'unité dans laquelle vous recevez des soins. Si vous pensez que vos questions ou préoccupations n'ont pas été traitées de manière raisonnable, vous pouvez déposer une demande d'examen aux coordonnées suivantes :

Memorial Health, Patient Experience, 701 N. First St., Springfield, IL 62781 ou en contactant le service Expérience patient au :

Decatur Memorial Hospital.....	217-876-2007
Jacksonville Memorial Hospital.....	217-479-5540
Lincoln Memorial Hospital.....	217-605-5000
Springfield Memorial Hospital.....	217-788-3497
Taylorville Memorial Hospital.....	217-707-5551

Déposer une plainte auprès d'une organisation extérieure : nous respectons votre droit de déposer une plainte et ne prendrons aucune mesure contre vous. Vous pouvez contacter :

The Joint Commission
Fax : 630-792-5636 | JointCommission.org
« Signaler un événement ou une préoccupation concernant la sécurité des patients »
Courrier : The Office of Quality & Patient Safety, The Joint Commission,
One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL 60181

Illinois Department of Public Health
800-252-4343 | ATS : 800-547-0466
Web : dph.illinois.gov/topics-services/health-careregulation/complaints
Courrier : 535 W. Jefferson St., Springfield, IL 62761

Livanta LLC—Medicare Quality Improvement, Organization (QIO) for Illinois
Numéro gratuit : 888-524-9900
ATS : 888-985-8775 | Livantaqio.com

Je peux révoquer ce consentement par écrit à tout moment.

La révocation de ce consentement ne modifiera pas les mesures qui ont été prises lorsque le consentement était en vigueur.

Si le patient est mineur ou n'a pas de capacité juridique, la signature d'une procuration pour soins de santé par un parent, un tuteur ou le plus proche parent est requise.

Signature

Date/Heure (tampon via Cerner eSignature)

Lien avec le patient, si applicable

Témoin à la signature

Date/Heure (tampon via Cerner eSignature)

