



СИСТЕМА ОБМЕНА МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ: ПОЯСНЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Что такое Система обмена медицинской информацией?

Система обмена медицинской информацией (Health Information Exchange, HIE) – это средство обмена важными медицинскими сведениями между участниками процесса – врачами, больницами, лабораториями, радиологическими отделениями и прочими поставщиками медицинских услуг – при помощи защищенных электронных средств связи. Компания Wisconsin Statewide Health Information Network, Inc. (WISHIN) была выбрана правительством штата для управления и внедрения Системы обмена медицинской информацией под названием WISHIN Pulse.

WISHIN Pulse позволяет каждому участнику-поставщику услуг, которого вы посещаете, получать своевременный доступ к более полным и достоверным медицинским данным пациента. Это помогает координировать работу врачей и прочего медицинского персонала, принимать лучшие решения о лечении, исключать лишние формуляры и анализы, а также избегать ошибок, особенно в экстренных ситуациях или при обращении к поставщикам, не входящим в обычную медицинскую сеть пациента.

Является ли обмен медицинской информацией нововведением?

Нет. В настоящее время медицинская информация передается от врача к врачу по телефону, факсу или обычной почтой. Система WISHIN Pulse позволяет обмениваться этой информацией при помощи защищенных электронных средств. Такой способ передачи данных является более рентабельным, оперативным и эффективным, нежели существующие бумажные методы.

Какая информация находится в системе WISHIN Pulse?

В системе WISHIN Pulse содержится важная медицинская информация от обслуживавших вас специалистов и учреждений, которые являются участниками WISHIN. Это информация о лекарствах, аллергиях, текущих и предыдущих результатах анализов, а также основные сведения о прошлых и нынешних нарушениях здоровья. Подобные данные могут отображаться в WISHIN Pulse в виде общей сводки, что позволяет принимать более оптимальные решения о вашем о медицинском обслуживании.

Как защищена моя персональная информация?

Система WISHIN Pulse обеспечивает конфиденциальность и надежную защиту ваших персональных данных. Во-первых, WISHIN и все ее участники-поставщики обязаны соблюдать регламент, установленный законом от 1996 года «О передаче и защите данных учреждений здравоохранения» (HIPAA), а также все прочие применимые нормативно-правовые акты. При обмене определенной медицинской информацией, например, в отношении психического здоровья, лечения от наркомании и алкоголизма и т.д., требуется дополнительное письменное разрешение пациента на ее предоставление врачу, за исключением экстренных случаев.

Ваши медицинские сведения будут доступны только участникам вашего лечения и только в случае необходимости обеспечить или согласовать ваше лечение, выписать направление или предоставить информацию по санитарно-эпидемиологическим нормам (например, карты профилактических прививок). Контрольные журналы, отчеты и прочие средства защиты показывают, как осуществляется доступ и обмен информацией. Такие отчеты требуются в соответствии со строгими федеральными нормами и нормами штата, которые регламентируют процесс обмена, просмотра или использования медицинской информации. Сведения, позволяющие установить вашу личность, никогда не будут продаваться или предоставляться для иных целей.

В совокупности эти меры безопасности обеспечивают лучшую защищенность электронного обмена медицинской информацией по сравнению с существующими бумажными методами передачи данных факсимильным сообщением или курьерской почтой.

Что такое WISHIN?

Медицинская информационная сеть штата Висконсин (WISHIN) – это независимая некоммерческая организация, которая специализируется на обеспечении доступа пациентов и лиц, осуществляющих уход, к медицинским информационным технологиям в Висконсине. В настоящее время WISHIN работает над созданием информационной сети, которая объединит врачей, поликлиники, больницы, аптеки и клинические лаборатории в масштабе штата.

Концепция развития нашей компании основана на пропаганде и укреплении здоровья жителей и районов Висконсина посредством разработки услуг по обмену медицинской информацией, которые обеспечивают электронную доставку нужных медицинских сведений нужному адресату в нужное время и место.



Медицинская информационная сеть штата Висконсин
Wisconsin Statewide Health Information Network
Po Box 259038
Madison, WI 53725-9038
Тел.: 1.888.WISHIN1
Адрес электронной почты: wishin@wishin.org



Есть ли у меня выбор?

Да, вы сами решаете, желаете ли вы участвовать в программе или нет. Вы также можете в любой момент изменить свое решение. **Если вы хотите, чтобы у вашего врача был своевременный и надежный доступ к вашей медицинской информации в электронном виде через систему WISHIN Pulse, вам ничего не нужно предпринимать: участие в программе является автоматическим.**

Однако вы имеете право не участвовать в Системе обмена медицинской информацией штата Висконсин. В этом случае у ваших врачей **не** будет доступа к данным о вашем здоровье через систему WISHIN Pulse при оказании медицинских услуг, за исключением неотложной помощи, предоставления информации по закону (санитарно-эпидемиологические нормы) и списка лекарственных средств. Это называется добровольным отказом от участия. Если вы добровольно отказываетесь от участия, вы обязаны взять на себя все риски, связанные с лишением ваших врачей доступа к медицинской информации через систему WISHIN Pulse (см. «Положения об отказе»). Для того чтобы отказаться от участия, вы должны заполнить и прислать нам прилагаемый Формуляр решения пациента. Обработка заявления об отказе занимает до трех рабочих дней со дня его получения.

Вам будет направлено почтовое подтверждение вашего заявления от Медицинской информационной сети Висконсина (WISHIN). Храните это подтверждение у себя. Если вы не получили подтверждение, незамедлительно обратитесь в службу поддержки WISHIN по телефону 1-888-WISHIN1.

Все поля документа должны быть заполнены. В целях вашей безопасности каждое полученное заявление подвергается проверке. Заявления с незаполненными полями приводят к дополнительным задержкам или отказу. Доступ к вашей медицинской информации через систему WISHIN будет закрыт в минимальные возможные сроки.

Вам требуется дополнительная информация перед тем как принять решение?

Посетите наш сайт в сети Интернет: www.wishin.org, позвоните по телефону 1-888-WISHIN1 или свяжитесь с нами по электронной почте wishin.support@wishin.org.

Положения об отказе

Вам необходимо прочесть, понять и согласиться с настоящими положениями для того, чтобы официально отказаться от участия. Чтобы подтвердить свое согласие с ними, вы обязаны поставить свои инициалы в графе «Подтверждение отказа».

1. Я ПОНИМАЮ, что данное заявление распространяется только на передачу моей медицинской информации через систему WISHIN Pulse. Я ПОНИМАЮ, что при обращении к поставщику медицинских услуг он имеет право запрашивать и получать мою медицинскую информацию у других медицинских учреждений, используя иные разрешенные законом средства, например факсимильную или почтовую связь. Я отдаю себе отчет в том, что медицинское учреждение или специалист, который первоначально записал сведения обо мне, может по-прежнему иметь доступ к ним из других источников, помимо WISHIN Pulse.
2. Я ПОНИМАЮ, что как только заявление об отказе вступит в силу, оно будет действовать до тех пор, пока мною не будет отправлена письменная просьба о повторном внесении меня в систему WISHIN посредством Формуляра решения пациента.
3. У меня была возможность задать вопросы и получить все ответы в отношении отказа от участия в WISHIN Pulse.
4. Любая информация, переданная до отправки моего заявления об отказе, не может быть возвращена и может храниться у поставщика медицинских услуг, если он имел доступ к этой информации до вступления заявления в силу.
5. Данное заявление об отказе и все будущие просьбы о повторном внесении в систему вступают в силу в течение трех рабочих дней после получения их компанией WISHIN.
6. Я ПОНИМАЮ, что мое заявление об отказе не распространяется и не влияет на отказ от участия в прочих системах обмена медицинской информацией, включая иные технологии передачи данных, предлагаемые WISHIN.
7. Я ПОНИМАЮ, что если я желаю отказаться от участия в других системах обмена медицинской информацией, я обязан(а) выполнить соответствующие указания этих систем.
8. Я ПОНИМАЮ и беру на себя ответственность за все риски, связанные с лишением поставщиков медицинских услуг доступа к моей медицинской информации через систему WISHIN.
9. Я ПОНИМАЮ, что я имею право аннулировать данное заявление в любое время.

Формуляр решения пациента

Для того, чтобы вступить в программу WISHIN Pulse, вам не нужно ничего делать. Данный формуляр требуется только в двух случаях:

1. Вы не желаете, чтобы ваша медицинская информация передавалась через систему WISHIN Pulse (т.е. вы отказываетесь от участия), или
2. Вы отказались от участия ранее, но желаете вновь стать участником программы обмена информацией, чтобы ваши врачи имели надежный доступ к данным о вашем здоровье через систему WISHIN Pulse.

В этих случаях вы обязаны заполнить
Формуляр решения пациента. Ваша подпись
должна быть подтверждена свидетелем:
другом или членом семьи. Формуляры без
подписи свидетеля не рассматриваются.

Просим направлять заполненные
формуляры по адресу:

WISHIN
Attn: Opt-Out Request
PO Box 259038
Madison, WI 53725-9038

Заполняется печатными буквами

* Полное имя:

Имя/Отчество/Фамилия

* Дата рождения:

Месяц/число/год

* Пол:

МУЖСКОЙ ЖЕНСКИЙ

* Телефон:

(xxx)xxx-xxxx

* Номер дома и улица:

* Город/штат/почтовый индекс:

Подтверждение отказа от участия:

Причина отказа от участия:

Поставьте свои инициалы здесь _____ в подтверждение
того, что вы прочли и принимаете положения об отказе,
приведенные в данной брошюре.

* Подпись пациента (или доверенного лица):

* Дата:

В целях безопасности компания WISHIN требует, чтобы пациент подписал формуляр в присутствии свидетеля для удостоверения личности.
Свидетелем может быть любое лицо, которое подтверждает, что именно пациент подписал этот формуляр.

* Подпись свидетеля:

* Дата:

* Кем приходится пациенту:

Если вы заполняете данное заявление в качестве личного представителя другого пациента, вам необходимо
также предоставить следующую информацию о себе:

* Кем приходится пациенту:

* Обращение:

* Имя:

* Отчество:

* Фамилия:

Суффикс:

(Г-н, г-жа, доктор):

(младший, старший, III и проч.):

* Номер дома и улица:

* Город/штат/почтовый индекс:

Адрес электронной почты:

* Основной телефон:

Дополнительный телефон:

(xxx)xxx-xxxx

(xxx)xxx-xxxx

(подтверждение заявления направляется по указанному здесь адресу электронной почты)

* Предпочтительный способ связи (на случай, если WISHIN потребуются дополнительные данные при обработке заявления
или просьбы) – укажите только один:

Почта Эл. почта Основной телефон Дополнительный телефон