

## Информация о телепсихиатрии

### Что представляет собой и когда применяется телепсихиатрия?

Телепсихиатрия применяется тогда, когда психиатр не может физически присутствовать рядом с Вами для оценки Ваших потребностей в психиатрической помощи и, при необходимости, для назначения медикаментозного лечения. Психиатр может находиться в другом месте и оказывать Вам помощь посредством современных технологий. В телепсихиатрии вместо телефона используются видеочасть и компьютер, что позволяет Вам и Вашему психиатру обмениваться как голосовыми сообщениями, так и изображениями (видеорядом), поэтому Вы можете не только слышать, но и видеть друг друга. Это позволяет психиатру лучше оценить Ваши потребности.

### Как работает система телепсихиатрии?

Вы будете находиться в отдельной комнате один, вместе со своим другом, членом семьи или обслуживающим персоналом. В комнате будут компьютер и видеочасть. Психиатр будет находиться в отдельной комнате с аналогичным оборудованием, но в другом месте. Когда все будет готово к началу сеанса, сотрудник клиники включит компьютер и камеру, чтобы Вы и Ваш психиатр могли видеть друг друга и разговаривать друг с другом. По завершении сеанса сотрудник клиники выключит оборудование.

### Чем это отличается от обычного приема у психиатра?

Помимо того, что Вы и Ваш психиатр не будете находиться в одной комнате во время сеанса, отличий практически нет. Медицинский сотрудник будет задавать Вам вопросы и записывать сообщаемую Вами клиническую информацию. Все назначаемые рецепты на лекарства будут отправляться в аптеку, где Вы сможете их получить. Сотрудник будет регистрировать оказываемые услуги и приобщать соответствующую документацию к Вашей истории болезни для дальнейшего использования.

### Что будет, если я не дам своего согласия на применение телепсихиатрии?

Если Вы не дадите своего согласия на применение телепсихиатрии, мы не сможем предоставлять Вам помощь в удобной и легкодоступной форме, и Ваш прием будет перенесен на более позднюю дату и (или) в другое учреждение.

Настоящая конфиденциальная информация предоставлена в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата, включая среди прочего соответствующие разделы Кодекса законов о социальном обеспечении и учреждениях социального обеспечения, Гражданского кодекса, а также стандарты конфиденциальности Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA). Копирование данной информации для дальнейшего распространения запрещено без предварительного письменного согласия клиента/уполномоченного представителя, которому принадлежит данная информация, если иное не предусмотрено законодательством. После выполнения указанной цели первоначального запроса данная информация должна быть уничтожена.

Имя и фамилия:

Номер IS:

Учреждение:

Номер поставщика:

Округ Лос-Анджелес — Департамент психического здоровья

Я понимаю, что:

1. У меня есть право не давать своего согласия сейчас. Я имею право аннулировать данное согласие в любое время, в том числе во время сеанса. Несогласие либо аннулирование согласия не нанесут ущерба моему дальнейшему лечению и медицинскому обслуживанию. Несогласие либо аннулирование согласия не могут стать причиной потери или отмены каких-либо положенных мне программных льгот.
2. Потенциальная польза телепсихиатрии состоит в том, что у меня будет возможность поговорить с психиатром для оценки моих потребностей прямо сегодня из этого кабинета. При необходимости, я смогу принять участие в оказываемой мне психиатрической помощи, начать прием лекарства сегодня же или продолжить прием моих текущих препаратов без перерыва.
3. Потенциальный риск телепсихиатрии состоит в том, что возможен частичный или полный сбой используемого оборудования, который не позволит психиатру завершить оценку, оказание психиатрической помощи и (или) назначить медикаментозное лечение.
4. Во время сеанса телепсихиатрии не ведется постоянная видео- или аудиозапись.
5. Применяются все существующие меры предосторожности для защиты конфиденциальности.
6. Применяются все действующие законы в отношении доступа клиента к психиатрической медицинской информации и копиям медицинской документации.
7. Запрещено передавать изображения или сведения, полученные в ходе сеанса телепсихиатрии, по которым можно установить личность клиента, научным исследователям или другим лицам без разрешения клиента.

Я, \_\_\_\_\_, даю свое согласие на оказание мне медицинского обслуживания с помощью телепсихиатрии в связи с тем, что в месте моего пребывания в настоящее время отсутствует психиатр или иной персонал, которые могут удовлетворить мои потребности. Мой поставщик психиатрических услуг обсудил со мной приведенную выше информацию. У меня была возможность задать вопросы по поводу данной информации, и на все мои вопросы были даны ответы. Я понимаю приведенную выше письменную информацию.

\_\_\_\_\_   
 Подпись клиента\*

\_\_\_\_\_   
 Дата

\_\_\_\_\_   
 Подпись ответственного взрослого\*\*

\_\_\_\_\_   
 Кем приходится клиенту

\_\_\_\_\_   
 Дата

\_\_\_\_\_   
 Подпись свидетеля/переводчика\*\*\*

\_\_\_\_\_   
 Дата

Настоящее Согласие было переведено на \_\_\_\_\_ для клиента и (или) ответственного взрослого. Если переведенная версия настоящего Согласия была подписана клиентом и (или) ответственным взрослым, то ее необходимо приложить к версии на английском языке.

Подписавшая сторона  получила  отклонила экземпляр данного Согласия \_\_\_\_\_   
 Дата Инициалы

**Если настоящий документ был подписан несовершеннолетним лицом или в нем отсутствует подпись клиента и (или) ответственного взрослого, данный раздел заполняется сотрудником.**

- Клиент желает получать медицинское обслуживание с помощью телепсихиатрии, но не согласен подписать настоящее Согласие.
- Я заполнил(а) или поручил(а) заполнить форму Согласия для несовершеннолетнего клиента в возрасте 12–18 лет, чья подпись приведена выше, без согласия его родителей/опекунов, и я подтверждаю, что клиент удовлетворяет всем требованиям, содержащимся в форме Согласия для несовершеннолетнего лица, для получения лекарственных препаратов без согласия законного представителя.

\_\_\_\_\_   
 Подпись сотрудника

\_\_\_\_\_   
 Дата

\* В истории болезни несовершеннолетнего клиента, получающего услуги за своей собственной подписью, должно присутствовать подписанное Согласие для несовершеннолетнего лица.

\*\* Ответственный взрослый = опекун, попечитель или родитель несовершеннолетнего лица, когда это необходимо.

\*\*\* Свидетель/переводчик = лицо, которое либо являлось свидетелем подписания документа (сотрудник или иное лицо), либо осуществило перевод данного документа на другой язык для клиента (необходимо указать язык перевода).

Настоящая конфиденциальная информация предоставлена в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата, включая среди прочего соответствующие разделы Кодекса законов о социальном обеспечении и учреждениях социального обеспечения, Гражданского кодекса, а также стандарты конфиденциальности Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA). Копирование данной информации для дальнейшего распространения запрещено без предварительного письменного согласия клиента/уполномоченного представителя, которому принадлежит данная информация, если иное не предусмотрено законодательством. После выполнения указанной цели первоначального запроса данная информация должна быть уничтожена.

Имя и фамилия:

Номер IS:

Учреждение:

Номер поставщика:

Округ Лос-Анджелес — Департамент психического здоровья