

كيف تتبرع بجسدك لبرنامج OHSU للتبرع بالجسد:

نبذة عنّا: تأسس برنامج OHSU للتبرع بالجسد في العام 1976. وهو أقدم برنامج للتبرع بالجسد غير هادف للربح في أوريغون. ونحن نلتزم في برنامجنا هذا بالقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية عندما نأخذ على عاتقنا مهمة الاعتناء بكل الأجزاء التي يتم التبرع بها، بما في ذلك قانون الهدايا التشريحية بولاية أوريغون (المعدل 2007).

لماذا تتبرع: يستخدم الأطباء والجراحون والأطباء المقيمون (تحت التدريب) الأجزاء التي يتم التبرع بها للتدريب على العمليات الجراحية ولإستخدامها في الأبحاث. كما تستخدم للمساعدة في تدريس علم التشريح لطلاب الطب في OHSU والمؤسسات التعليمية المماثلة في شمال غرب المحيط الهادئ.

من يمكنه أن يتبرع: لا يقبل برنامج التبرع بالجسد سوى التبرعات من الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكبر. يمكن للبرنامج قبول أو رفض التبرع بالجسد في وقت الوفاة. ومن بين الأسباب الشائعة لرفض التبرع العمليات الجراحية الأخيرة التي لم يتم الشفاء منها، وتشريح الجثث، والأمراض المعدية، والحالة المادية للجسم (الصدمة الشديدة، والتحلل)، والأمراض التي تحول دون عمل إجراءات التحضير الكافية، وانخفاض وزن الجسم أو زيادته. وفي حالة رفض التبرع بالجسد في وقت الوفاة، يجب على أقرب الأقارب/الوكيل المفوض اتخاذ ترتيبات أخرى للتصرف النهائي في الجثة. ولا يقع على عاتق البرنامج أي مسؤولية فيما يخص أي نفقات تتعلق بتلك الترتيبات الأخرى. ولا يقوم برنامجنا بأي عمليات تشريح للجثث أو إصدار تقارير طبية رسمية أو أي تقارير تتعلق بالدراسات الطبية.

كيفية التبرع: يمكنك التسجيل الآن في برنامجنا للتبرع بجسدك لاحقًا، بعد وفاتك. في حالة وفاة شخص ما ولم يكن مسجلًا في برنامجنا، فيمكن لأقرب أقربائه قانونًا (الوكيل المفوض) تسجيله في البرنامج

للتبرع بجسدك:

1. قم بتعبئة النموذج 1 وكذلك نموذج التفويض باستخدام المعلومات الصحية المحمية والإفصاح عنها. يجب أن تكون قادرًا قانونًا على اتخاذ القرارات في وقت تعبئة النموذج.
2. قم بتوقيع النموذج أمام شاهدين، واطلب منهما التوقيع

3. أرسل النموذج إلى: OHSU Body Donation, 3181 SW Sam Jackson Park Road L341, Portland, OR 97239
فاكس: 503-418-0588؛ بريد إلكتروني: donation@ohsu.edu

للتبرع بجسد شخص آخر:

1. قم بتعبئة النموذج 2 وكذلك نموذج التفويض باستخدام المعلومات الصحية المحمية والإفصاح عنها. يجب أن تكون قادرًا قانونًا على اتخاذ القرارات بشأن جسد ذلك الشخص.
2. قم بتوقيع النموذج أمام شاهدين، واطلب منهما التوقيع
3. يجب عليك تقديم نسخة من تعليمات الرعاية الصحية أو أي وثائق أخرى تنص على أنه يمكنك قانونًا أن تقرر ما يجب فعله بجسد ذلك الشخص
4. أرسل النموذج ونسخة تعليمات الرعاية الصحية إلى: OHSU Body Donation, 3181 SW Sam Jackson Park Road L341, Portland, OR 97239
فاكس: 503-418-0588؛ بريد إلكتروني: donation@ohsu.edu

بمجرد أن يتلقى البرنامج النموذج، سوف نرسل إليك خطابًا لإعلامك باستلامنا إياه. يجوز لك تغيير أو إلغاء نيتك بالتبرع ولكن هناك قيود معينة تنطبق على ذلك (اتصل بالرقم 503-494-8302 للحصول على التفاصيل).

ماذا تفعل وقت الوفاة:

1. قم بالإبلاغ عن الوفاة عن طريق الاتصال بالرقم 503-494-8302 واتباع التعليمات الصوتية
2. سوف نقوم بعمل تقييم طبي شفهي لمعرفة ما إذا كان بإمكاننا قبول الجسد. ونحن نفضل عمل ذلك مع موظفي المستشفى أو موظفي الرعاية.
3. وفي حالة قبولنا للتبرع بالجسد، فسوف نقوم بالترتيب لنقل الجثة إلينا. اتصل بالرقم 503-494-8302 لمعرفة رسوم النقل للمقاطعات خارج منطقة مترو بورتلاند.
4. سوف يتصل مزود خدمة النقل المتعاقد مع لدينا بأقرب الأقارب بعد بضعة أيام من الوفاة للحصول على مزيد من المعلومات لتقديم شهادة الوفاة. إذا كان المتبرع قد قام بالترتيب مسبقًا مع دار اللجناز، يرجى مشاركة معلوماتنا مع تلك الدار.

تم التعديل في 28 يونيو 2023

النموذج 1: نموذج تسجيل خاص بالفرد المتبرع
معلومات المتبرع: (يرجى كتابة المعلومات بخط واضح ومقروء)

الاسم القانوني: _____ الاسم المستخدم: _____
الجنس المحدد: _____ الضمان الشخصية المستخدمة: _____ الهاتف: _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
تاريخ الميلاد: _____ مكان الميلاد: _____
رقم الضمان الاجتماعي: _____ المحاربون القدامى، فرع: _____ يُرجى إرسال نسخة من DD214
الحالة الاجتماعية: _____ متزوج: أرمل: أعزب: اسم الزوج (الزوجة): _____
اسم أقرب الأقارب: _____ صلة القرابة: _____ الهاتف: _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

التفويضات: (أكتب الأحرف الأولى من اسمك على البند الذي توافق عليه) سوف أفوض OHSU للقيام بما يلي:

1. إعادة رفااتي فور الانتهاء من الدراسات (عادةً بعد مضي 18 شهراً فاكتر، ولكن لا يتجاوز ذلك 3 سنوات)
2. الاحتفاظ بمخي وأنسجتي الرخوة لأغراض التدريس (يتم حرق باقي الجسد وإعادته في حالة اختيار رقم 1 كذلك)
3. الاحتفاظ برفااتي لأجل غير مسمى (لن يتم إعادة أي رفات).

ما الذي يتم فعله برفااتي: (أكتب الأحرف الأولى من اسمك إلى جانب أحد الخيارات أدناه)

إنني أوجه وأصرح بخضوع رفااتي لأحد الخيارات الآتية:

1. عدم حرق رفااتي. تسليم جثتي لدار جناز (أفهم أن أقرب أقربائي سوف يتعين عليه دفع أي نفقات مستحقة حيال ذلك)
2. حرق رفااتي وتسليمها إلى مقابر _____ بغرض وضعها في قارورة. (أفهم أن أقرب أقربائي سوف يتعين عليه دفع أي نفقات مستحقة حيال ذلك)
3. حرق رفااتي. لن يتم إعادة الرفات وسوف تقوم OHSU بدفن الجثة الكاملة للمتبرع عين في مقبرة مشتركة حسب اختيار OHSU. (لا تتقاضى OHSU أية رسوم لقاء هذه الخدمة)
4. حرق رفااتي وإعادتها إلى: _____

الاسم: _____ صلة القرابة: _____
العنوان: _____

* في حالة عدم تحديد هذا المربع، بغض النظر عن اختيار التصرف في رفااتي أعلاه، فإنني أفوض أقرب أقربائي، بإعطاء التوجيه المناسب بشأن التصرف في رفااتي بموجب القانون المعمول به، على النحو الذي يحدده.



الموافقة:

- أدرك أنه بإكمالي لهذا النموذج، فإنني أصرح لـ OHSU بقبول جسدي واستخدامه - أو نقله إلى مؤسسة مؤهلة - لأغراض التعليم والبحث الطبي. عند وفاتي، يجوز تحنيط جسدي أو تشريحه أو تفكيكه أو تلدينه (أي حفظه إلى الأبد). من الممكن أن يؤدي جزء من هذه الإجراءات إلى جعل كمية صغيرة من المواد غير قابلة للاسترداد أو تدميرها أثناء هذه العمليات.
- أدرك أن البرنامج سيقوم بإجراء اختبارات مخبرية معينة، وربما يتم الإبلاغ بالنتائج إلى Oregon Health Authority وفقاً لمقتضى القانون.
- أدرك أن برنامج التبرع بالجسد قد يقوم بإعارة جسدي إلى مؤسسات تعليمية أو بحثية أخرى لأغراض التعليم أو البحوث الطبية. وبموجب قانون الهدايا التشريحية، عندما تقوم OHSU بإعارة جسد متبرع به إلى مؤسسة خارجية، فإن تلك المؤسسة ستقوم بتعويض OHSU عن التكاليف المعقولة التي تتحملها OHSU لقاء إزالة الجثة أو معالجتها أو حفظها أو مراقبة الجودة أو تخزينها أو نقلها أو حرقها.
- أدرك وأفوض OHSU بالتقاط الصور أو مقاطع الفيديو (والاحتفاظ بالصور أو التسجيلات) بأي تنسيق فيما يتعلق بالأغراض التعليمية والدراسات البحثية الطبية. أدرك أن OHSU ستهتم بحماية هويتي وكرامتي، ولن يتم أخذ أي صور وتسجيلات فيديو إلا عند الضرورة لتوثيق وتوضيح النتائج التعليمية أو العلمية.
- أدرك وأوافق على أنه يجوز لـ OHSU أو الكيان المرخص له بتسجيل فيديو للجسد الذي يتم التبرع به لأغراض التعليم الطبي الحصول على تعويض كجزء من برنامج تعليمي. أدرك أنه لن يتم إعادة أي تسجيلات فيديو إلي، كما إنني أتنازل عن جميع الحقوق أو حقوق الملكية أو المطالبات أو أي مصلحة قد تكون لي فيما يتصل بالتحكم في استخدام تسجيلات الفيديو أو الموافقة على استخدامها لهذه الأغراض. أدرك وأوافق على أنني لن أحصل على، ولن يكون لي أي حقوق بشأن، أي عوائد ملكية (جُعل) أو تعويضات أخرى تنشأ عن استخدام تسجيلات الفيديو أو تتعلق باستخدام تلك التسجيلات.
- أدرك وأوافق على أنه يمكن استخدام الجسد المتبرع به في تحقيق اكتشاف يمكن، في المستقبل، الحصول على براءة اختراع له أو ترخيصه لشركة ما، مما يمكن أن يحقق منفعة مالية محتملة لتلك الشركة أو لـ OHSU. أدرك أنه لا توجد أي خطط لدفع أي مبالغ مالية لي في حالة حدوث ذلك وأوافق على أنه لن تكون لي أي حقوق ملكية أو أي ملكية أو مصلحة مالية في المنتجات أو البيانات التي قد تنتج عن الجسد المتبرع به أو تنشأ عنه.
- أدرك أن المتبرع أو أقرب أقربائه (الوكيل المفوض) لا يمكنه اختيار كيفية استخدام الجثة أو من يستخدمها.
- أدرك وأوافق على احتمالية أن تتأثر قدرة OHSU على إعادة الرفات المحروقة بالطقس وظروف الطريق وأمور أخرى خارجة عن سيطرتها. أوافق على عدم تحمل OHSU أو الأشخاص الذين يتصرفون نيابة عنها لأي مسؤولية عن أي تأخير ينشأ من هذا القبول.
- أدرك أن OHSU قد لا تقبل جسدي عند وفاتي. أدرك أنه في حالة حدوث ذلك، يجب على أقرب أقربائي (الوكيل المفوض) وضع خطط أخرى للتصرف النهائي في الجثة ودفع التكاليف.
- أوافق على أن نسخة نموذج التسجيل هذا تكون لها نفس قوة صلاحية وسريان نموذج التسجيل الأصلي الموقع.
- أدرك أنه يمكنني تغيير تبرعي في أي وقت قبل الوفاة أو إلغائه.

تابع الموافقة:

- أقر بأنني أبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل وأنني مؤهل لاتخاذ قرارات بالأصالة عن نفسي وأنني وقعت على هذا النموذج بحضور شاهدين بالغين على الأقل.

التوقيع المعتمد:

لقد قرأت هذه الوثيقة بأكملها (أو تمت قراءتها لي). لقد أتيتحت لي الفرصة لطرح ما لدي من أسئلة والحصول على الإجابات. إنني أفهم هذه الوثيقة فهمًا تامًا. بالتوقيع أدناه، أوافق على التبرع بجسدي والتعامل مع رفايتي بحسب النحو الموضح. بالتوقيع أدناه، فإنني أمثل نفسي باعتباري المتبرع المذكور في هذا النموذج.

التاريخ

توقيع المتبرع

توقيع الشاهدين:

يجب أن يوقع على هذا النموذج شاهدان حتى يمكنك التبرع بجسدك لـ OHSU. **يجب أن يكون أحد الشاهدين "غير ذي مصلحة"**. معنى ذلك أن **أحد الشاهدين لا يمكن أن يكون:**

- الزوج (الزوجة) أو الشريك المسكن أو الابن، أو أحد الوالدين أو الأخ أو الحفيد أو الجد أو أحد أفراد العائلة الكبيرة أو الوصي على المتبرع؛ أو
 - شخص بالغ يهتم ويرعاك بشكل خاص؛ أو
 - شخص يمثل مؤسسة (بما في ذلك مستشفى أو كلية طب معتمدة أو كلية طب أسنان أو أي كلية أو جامعة) أو منظمة (بما في ذلك منظمة لشراء الأعضاء أو بنك للعيون أو بنك للأنسجة).
- بالتوقيع أدناه، فإنني أقر بأنني شاهدت الشخص المذكور أعلاه والذي وقع على هذا النموذج، وقد بدا لي ذلك الشخص سليم العقل ولم يكن يتصرف تحت إكراه (ضغط) أو احتيال أو أي تأثير غير مبرر. (يرجى كتابة المعلومات بخط واضح)

توقيع الشاهد غير ذي المصلحة

توقيع الشاهد

اسم الشاهد بالكامل

اسم الشاهد بالكامل

الصلة بالمريض

الصلة بالمريض

النموذج 2: أقرب الأقارب (الوكيل المفوض) للتبرع بجسد لـ OHSU معلومات المتبرع: (يُرجى كتابة المعلومات بخط واضح)

الاسم القانوني: _____ الاسم المستخدم: _____
الجنس المحدد: _____ الضمائر الشخصية المستخدمة: _____ الهاتف: _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
تاريخ الميلاد: _____ مكان الميلاد: _____
رقم الضمان الاجتماعي: _____ المحاربون القدامى، فرع: _____ يُرجى إرسال نسخة من DD214
الحالة الاجتماعية: _____ متزوج: أرمل: أعزب: اسم الزوج (الزوجة): _____
اسم أقرب الأقارب: _____ صلة القرابة: _____ الهاتف: _____
العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

التفويضات: (أكتب الأحرف الأولى من اسمك على البند الذي توافق عليه) بصفتي أقرب الأقارب (الوكيل المفوض)، فإني أمنح OHSU التفويضات التالية:

1. _____ إعادة رفات الشخص المذكور أعلاه بمجرد الانتهاء من الدراسات
(عادةً بعد مضي 18 شهرًا فأكثر، ولكن لا يتجاوز ذلك 3 سنوات)
2. _____ الاحتفاظ بالمخ والأنسجة الرخوة للشخص المذكور أعلاه لأغراض التعليم
(يتم حرق باقي الجسد وإعادته في حالة اختيار رقم 1 كذلك)
3. _____ الاحتفاظ برفات الشخص المذكور أعلاه لأجل غير مسمى
(لن يتم إعادة أي رفات)

ما الذي يتم فعله بالرفات: (أكتب الأحرف الأولى من اسمك إلى جانب أحد الخيارات) إنني أوجه وأصرح بخضوع الرفات لأحد الخيارات الآتية:

1. _____ عدم حرق الرفات. تسليم الجثة إلى: دار جنازة
(أفهم أن أقرب أقرابي سوف يدفع أي نفقات مستحقة حيال ذلك)
2. _____ حرق الرفات وتسليمها إلى مقابر _____ بغرض وضعها في قارورة.
(أفهم أن أقرب أقرابي سوف يدفع أي نفقات مستحقة حيال ذلك)
3. _____ حرق الرفات. لن يتم إعادة الرفات وسوف تقوم OHSU بدفن الجثة الكاملة للمتبرعين في مقبرة مشتركة حسب اختيار OHSU.
(لا تتقاضى OHSU أية رسوم لقاء هذه الخدمة)
4. _____ حرق الرفات وإعادتها إلى:

الاسم: _____ صلة القرابة _____
العنوان: _____



الموافقة:

- إنني مفوض بإجراء هذا التبرع نيابة عن الشخص المذكور اسمه في النموذج 2. ويمكنني تقديم وثائق تعليمات الرعاية الصحية أو أي وثائق أخرى إثباتاً على أنني مفوضٌ قانوناً بصلاحيّة إجراء ذلك التبرع.
- لست على علم بأي سجل (تم توقيعه أم لا) عمله الشخص المذكور في النموذج 2، يكون قد رفض فيه التبرع بجسده.
- أدرك أنه باكمالي لهذا النموذج، فإنني أصرح لـ OHSU بقبول الجسد واستخدامه - أو نقله إلى مؤسسة مؤهلة - لأغراض التعليم والبحث. وعند وفاة الشخص المذكور، يجوز تحنيط الجسد أو تشريحه أو تفكيكه أو تلدينه (أي حفظه إلى الأبد). من الممكن أن يؤدي جزء من هذه الإجراءات إلى جعل كمية صغيرة من المواد غير قابلة للاسترداد أو تدميرها أثناء هذه العمليات.
- أدرك وأفوض OHSU بالتقاط الصور أو مقاطع الفيديو (والاحتفاظ بالصور أو مقاطع الفيديو) للجسد، بأي تنسيق، إذا كان ذلك له صلة بالأغراض التعليمية والدراسات البحثية الطبية. أدرك أن OHSU ستهتم بحماية الهوية والكرامة. ولن يتم أخذ أي صور وتسجيلات فيديو إلا عند الضرورة لتوثيق وتوضيح النتائج التعليمية أو العلمية.
- أدرك وأوافق على أنه يجوز لـ OHSU أو الكيان المرخص له بتسجيل فيديو للجسد الذي يتم التبرع به لأغراض التعليم الطبي الحصول على تعويض كجزء من برنامج تعليمي. أدرك أنه لن يتم إعادة أي تسجيلات فيديو إليّ، كما إنني أتنازل عن جميع الحقوق أو حقوق الملكية أو المطالبات أو أي مصلحة قد تكون لي فيما ينصل بالتحكم في استخدام تسجيلات الفيديو أو الموافقة على استخدامها لهذه الأغراض. أدرك وأوافق على أنني لن أحصل على، ولن يكون لي أي حقوق بشأن، أي عوائد ملكية (جُعل) أو تعويضات أخرى تنشأ عن استخدام تسجيلات الفيديو أو تتعلق باستخدام تلك التسجيلات.
- أدرك وأوافق على أنه يمكن استخدام الجسد المتبرع به في تحقيق اكتشاف يمكن، في المستقبل، الحصول على براءة اختراع له أو ترخيصه لشركة ما، مما يمكن أن يحقق منفعة مالية محتملة لتلك الشركة أو لـ OHSU. أدرك أنه لا توجد أي خطط لدفع أي مبالغ مالية لي في حالة حدوث ذلك وأوافق على أنه لن تكون لي أي حقوق ملكية أو أي مصلحة مالية في المنتجات أو البيانات التي قد تنتج عن الجسد المتبرع به أو تنشأ عنه.
- أدرك أن المتبرع أو أقرب أقربائه (الوكيل المفوض) لا يمكنه اختيار كيفية استخدام الجثة أو من يستخدمها.
- أدرك وأوافق على احتمالية أن تتأثر قدرة OHSU على إعادة الرفات المحروقة بالطقس وظروف الطريق وأمور أخرى خارجة عن سيطرتها. وأوافق على عدم تحمل OHSU أو الأشخاص الذين يتصرفون نيابة عنها لأي مسؤولية عن أي تأخير ينشأ من هذا القبول.
- أدرك أن OHSU قد لا تقبل الجسد للتبرع به عند الوفاة. أدرك أنه في حالة حدوث ذلك، يجب على أقرب أقربائي (الوكيل المفوض) وضع خطط أخرى للتصرف النهائي في الجثة ودفع التكاليف.
- أوافق على أن نسخة هذا النموذج تكون لها نفس قوة صلاحية وسريان النموذج الأصلي الموقع.
- أدرك أنه لا يمكنني تغيير التبرع أو إلغائه إلا حسب مقتضى القانون.
- إنني أبلغ من العمر 18 عاماً على الأقل. وإنني وقعت على هذا النموذج بحضور شاهدين بالغين على الأقل.
- أدرك أنه سيتم إجراء اختبارات معملية معينة على الجسد وقد تكون هناك حاجة إلى إبلاغ Oregon Health Authority بالنتيجة عندما يقتضي القانون ذلك.

تابع الموافقة:

- أدرك أن برنامج التبرع بالجسد قد يقوم بإعارة الجسد الذي تم التبرع به لمؤسسات تعليمية أو بحثية أخرى لأغراض التعليم أو البحوث الطبية. وبموجب قانون الهدايا التشريحية، عندما تقوم OHSU بإعارة الجسد المتبرع به إلى مؤسسة خارج OHSU، فإن تلك المؤسسة ستقوم بتعويض OHSU عن التكاليف المعقولة التي تتحملها OHSU لقاء إزالة الجثة أو معالجتها أو حفظها أو مراقبة الجودة أو تخزينها أو نقلها أو حرقها.

التوقيع المعتمد:

لقد قرأت هذه الوثيقة بأكملها (أو تمت قراءتها لي). لقد أتيت لي الفرصة لطرح ما لدي من أسئلة والحصول على الإجابات. إنني أفهم هذه الوثيقة فهماً تاماً. بالتوقيع أدناه، أوافق على التبرع بالرفات والتصريف فيها كما هو موضح. بالتوقيع أدناه، فإنني أمثل نفسي باعتباري أقرب الأقارب (الوكيل المفوض) المذكور في هذا النموذج.

التاريخ

توقيع أقرب الأقارب (الوكيل المفوض)

الاسم بالكامل وصلة القرابة

العنوان

الهاتف

توقيع الشاهدين:

يجب أن يوقع على هذا النموذج شاهدان حتى يمكن التبرع لـ OHSU. يجب أن يكون أحد الشاهدين "غير ذي مصلحة". معنى ذلك أن **أحد الشاهدين لا يمكن أن يكون:**

- الزوج (الزوجة) أو الشريك المسكن أو الابن، أو أحد الوالدين أو الأخ أو الحفيد أو الجد أو أحد أفراد العائلة الكبيرة أو الوصي على المتبرع؛ أو
- شخص بالغ يهتم بالمتبرع ويرعاه بشكل خاص؛ أو
- ممثل مؤسسة (بما في ذلك مستشفى أو كلية طب معتمدة أو كلية طب أسنان أو أي كلية أو جامعة) أو منظمة (بما في ذلك منظمة لشراء الأعضاء أو بنك للعيون أو بنك للأنسجة).

بالتوقيع أدناه، فإنني أقر بأنني شاهدت الشخص المذكور أعلاه يوقع على هذا النموذج. وقد بدا لي ذلك الشخص سليم العقل ولم يكن يتصرف تحت إكراه (ضغط) أو احتيال أو أي تأثير غير مبرر. (يُرَجَى كتابة المعلومات بخط واضح).

توقيع الشاهد غير ذي المصلحة

توقيع الشاهد

اسم الشاهد بالكامل

اسم الشاهد بالكامل

الصلة بالمريض

الصلة بالمريض



رقم الحساب
رقم السجل الطبي
الاسم
تاريخ الميلاد

هوية المريض

صفحة 1 من 1

التفويض للإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية واستخدامها

يجب إكمال جميع أقسام هذا النموذج والإفصاح قبل التصريح.

أصرح لـ:

(اسم الشخص/الكيان/المنشأة التي تتصح عن المعلومات)

(الرمز البريدي) (الولاية) (المدينة) (عنوان الشخص/الكيان)

باستخدام والإفصاح عن نسخة إلكترونية من المعلومات الصحية المحددة الواردة أدناه؛ ما لم تضع علامة تحديد هنا للنسخة الورقية. يتعلق هذا الإفصاح بمن يلي:

(اسم الشخص)

ويضم: (انظر الوجه الخلفي لمطالعة التعريفات) تقارير الطبيب المعالج الأشعة السينية (يرجى الاطلاع على الوجه الخلفي لهذا النموذج للحصول على التعليمات الكاملة) اختبارات مختبرية تقارير قسم الطوارئ (ED) فواتير

غير ذلك، يُرجى التحديد، السمات المميزة: مثل، الوجه، الوشم، الندوب

إذا كانت هناك حاجة إلى سجلات العيادات الخارجية/عيادات الممارسة الخارجية، يُرجى تحديد العيادة (العيادات)/الممارسة (الممارسات) (انظر الوجه الخلفي لقائمة الممارسة/العيادة)

إلى: OHSU Whole Body Donation Program

(اسم المتلقي) 3181 SW Sam Jackson Park RD L341
97239 OR Portland (المدينة) (الولاية) (الرمز البريدي) (عنوان المتلقي)

لغرض: (صف كل غرض من أغراض الإفصاح) الرعاية المستمرة قانوني الإعاقة

الالتحاق بالمدسة غير ذلك، يرجى التحديد التبرع بالجسد بالكامل/التعليم والبحث الطبي

إذا كانت المعلومات التي سيُفصح عنها تحتوي على أي من أنواع السجلات أو المعلومات الواردة أدناه، فقد تخضع لقوانين إضافية تتعلق باستخدام المعلومات والإفصاح عنها. أدرك وأوافق على أنه لن يتم الإفصاح عن هذه المعلومات إلا إذا وضعت **الأحرف الأولى** من اسمي في الفراغ المناسب بجانب نوع المعلومات.

معلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز (AIDS) معلومات عن الاختبارات الجينية معلومات تشخيص إدمان المخدرات/الكحول، أو العلاج، أو الإحالة معلومات الصحة العقلية

لست مضطراً للتوقيع على هذا التفويض. ولن يؤثر رفض التوقيع على التصريح سلباً في قدرتك على تلقي خدمات الرعاية الصحية أو سداد تكاليف الخدمات. وتتمثل الحالة الوحيدة التي يعني فيها رفض التوقيع عدم تلقك للخدمات الصحية إذا كانت الخدمات الصحية مخصصة فقط لغرض توفير المعلومات الصحية لشخص آخر، وكان التصريح ضرورياً لإجراء هذا الإفصاح. لا يؤثر رفضك للتوقيع على هذا التصريح سلباً في انضمامك إلى خطة صحية أو أهليتك للحصول على مخصصات صحية، إلا إذا كانت المعلومات المصرح بها ضرورية لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للانضمام إلى الخطة الصحية.

ويمكنك إلغاء هذا التفويض كتابةً في أي وقت. إذا ألغيت تفويضك، فقد لا يتم استخدام المعلومات الموضحة أعلاه أو الإفصاح عنها للأغراض الموضحة في هذا التفويض الكتابي. ولا يمكن التراجع عن أي استخدامات أو أي معلومات تم الإفصاح عنها باذن منك.

لإلغاء هذا التصريح، يرجى إرسال بيان كتابي إلى

Medical Correspondence, Health Information Services, OP17A, OHSU 3181 SW Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098
وإذكر أنك تلغي هذا التفويض.

أدرك أن المعلومات المستخدمة أو التي تم الإفصاح عنها بموجب هذا التصريح قد تخضع لإعادة الإفصاح وأنها لم تعد خاضعة لحماية القانون الفيدرالي. ومع ذلك، أدرك أيضاً أن القانون الفيدرالي أو قانون الولاية قد يقيد إعادة الإفصاح عن معلومات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز (AIDS)، ومعلومات الصحة العقلية، والمعلومات الوراثية وتشخيص المخدرات/الكحول، والعلاج أو إحالة المعلومات.

لقد قرأت شروط هذا التفويض وفهمتها.

ينتهي سريان هذا التصريح بعد سنة من تاريخ التوقيع ما لم يتم إلغاؤه أو تحديد خلاف ذلك أدناه:

(أدخل تاريخ أو حدث انتهاء السريان البديل) بعد خمس سنوات من الوفاة

وقعه:

(توقيع الشخص أو الممثل القانوني)

التاريخ:

وصف سلطة الممثل الشخصي:

رقم الحساب
رقم السجل الطبي
الاسم
تاريخ الميلاد

هوية المريض

تابع الصفحة 1

تعريف التقارير:

- تتمثل تقارير الطبيب ملخص الخروج من المستشفى، وتعليمات الخروج من المستشفى، والتاريخ المرضي، والفحص البدني، وأي إجراءات أو عمليات
- تتضمن الأشعة السينية تقارير الأشعة السينية، وفحص الموجات فوق الصوتية، والتصوير بالرنين المغناطيسي، وتقارير التصوير الخاصة (إذا كنت تطلب صورة حقيقية، يرجى التأكد من إكمال نموذج التصريح MR-4775). ويمكن الوصول إلى النموذج على موقع الويب التالي: <http://ozone.ohsu.edu/healthsystem/HIS/mr4775.pdf>
- المختبرات — جميع نتائج الاختبارات المختبرية
- ED — تقارير قسم الطوارئ المقدمة بواسطة الطبيب
- الفواتير — معلومات فواتير المستشفى وأو العيادة
- التطعيمات — جميع سجلات التطعيم
- غير ذلك — حدد المعلومات غير المدرجة

العيادات الخارجية/عيادات الممارسة الخارجية في OHSU:

الأمراض المعدية برنامج الطب النفسي متعدد الثقافات
الطب الباطني
طب أمراض الدم والأورام المجتمعي
الليبيدات/Knight Cancer Center
زراعة الكبد
Marquam Hill Internists
أمراض الكلى وارتفاع ضغط الدم
طب الأعصاب
جراحة الأعصاب
جراحات الفم والوجه والفكين
طب العظام
طب الأنف والأذن والحنجرة
طب أمراض الدم لدى الأطفال/طب الأورام للأطفال
تخصصات طب الأطفال
رعاية ما قبل الولادة
وما بعدها مباشرة
جراحة التجميل
طب الرئتين
العلاج الإشعاعي للأورام
زراعة الكلى
طب الروماتيزم
Richmond
Riverplace
Scappoose
طب النوم
جراحات الأورام
طب المسالك البولية
جراحة الأوعية الدموية

الطب النفسي للبالغين
طب الحساسية والمناعة
تخصص منع تجلط الدم
السمعيات
العظام ومعادنها
زراعة النخاع العظمي/اللوكميا
طب القلب
Casey Eye Institute
CDRC Eugene
مركز صحة المرأة
الطب النفسي للأطفال والمراهقين
النمو في مرحلة الطفولة وإعادة التأهيل
(CDRC)
Comprehensive Pain Center
طب الجلدية
جراحة الجلدية
داء السكري
صحة الجهاز الهضمي
Doernbecher Pediatrics - الجانب الغربي
صحة الموظفين
طب الغدد الصماء
الصحة التنفيذية
Family Medicine at South Waterfront
Gabriel Park
طب الجهاز الهضمي
طب الأطفال العام
الجراحة العامة
الجهاز الهضمي/أمراض
الكبد
تحسين الصحة والطب الرياضي
أمراض الدم/طب الأورام

الأسئلة الشائعة:

هل يمكنني تغيير رأيي؟

نعم. النموذج عبارة عن وثيقة قانونية يمكنك تغييرها أو إلغاؤها في أي وقت قبل الوفاة. يمكنك الاتصال أو إرسال رسالة إلى برنامجنا لإزالة النموذج الموجود في السجلات.

إذا كانت رخصتي بها عبارة "متبرع تشريحي"، فهل سيسجلني ذلك في هذا البرنامج؟

لا. رخصة القيادة وعليها رمز متبرع تشريحي تعني فقط أنه يمكنك التبرع بالأنسجة أو الأعضاء. يجب عليك التسجيل في برنامج التبرع بالجسد من خلال نموذج منفصل يملأه المتبرع أو أقرب أقارب المتبرع.

إذا تبرعت بأعضائي أولاً، فهل ما يزال جسدي مقبولاً في برنامج التبرع بالجسد لدى OHSU؟

ربما. سوف نحتاج إلى تقييم حالة الجسد بعد أي تبرع بالأعضاء أو الأنسجة لمعرفة ما إذا كان لا يزال بإمكاننا قبول الجثة.

هل هناك حفل تآبيني للمتبرعين؟

نعم. تقيم OHSU حفلاً تآبينيًا كل عام للمتبرعين لبرنامجنا. ونقوم بإعلام أقرب الأقارب بوقت ومكان الحفل التآبيني.

ما هو التبرع لأجل غير مسمى؟

يحدث هذا عندما تسمح لنا باستخدام جسدك لأغراض التعليم أو البحوث خارج نطاق الثلاث سنوات. يتم حرق الرفات ووضعها في مقبرة مشتركة تختارها OHSU.

هل أحصل على مقابل مادي كوني متبرعاً؟

لا. بموجب القانون، غير مسموح لأي شخص شراء أو بيع الأنسجة أو الجثث لأغراض زراعة الأعضاء أو البحث أو التعليم.

كيف أكمل النموذج MR-1470؟

غالبية النموذج مكتمل جزئيًا. سوف يجب عليك تفويض عبادة الرعاية الأولية الخاصة بك في السطر الأول لتسليم سجلاتك إلينا، وإدخال اسمك، والحرف الأول بجوار معلومات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز (AIDS)، والتوقيع في الأسفل.

هل هناك أي أسباب وراء عدم قبولكم لتبرعي؟

نعم. من الأسباب الأكثر شيوعًا لرفض الجسد المتبرع به على سبيل المثال لا الحصر ما يلي: انخفاض وزن الجسم أو زيادته، أو الصدمة الشديدة، أو علامات التحلل، أو أي مرض معدي. الموت بكرامة (الموت الرحيم) في حد ذاته لا يستبعد أحدًا من برنامجنا. لا نستطيع أن نقرر ما إذا كان بإمكاننا قبول الجسد إلا وقت الوفاة. يُرجى التأكد من معرفة أفراد العائلة بذلك مسبقًا.

هل يمكنكم ضمان قبول جسدي؟

لا. إننا نحتاج إلى تقييم طبي شفهي وقت الوفاة لنرى ما إذا كان بإمكاننا قبول الجسد. يُرجى وضع خطط بديلة مع دار الجنائز في حالة عدم تمكننا من قبول الجسد.

هل سيتم استخدام جسدي للتدريس أو البحث؟ هل ستلقى عائلتي تقريرًا بالنتائج؟

نحن لا نقوم بإجراء عمليات تشريح للبحث أو تقديم التقارير. مهمتنا الرئيسية هي دعم تعليم التشريح لطلاب الطب أو طب الأسنان أو غيرهم من الطلاب في مجال الصحة. نحن لا ندعم سوى قدر صغير من الأبحاث في هذا الوقت. تعليم التشريح أحد الدورات الرئيسية للطلاب خلال السنة الأولى من الدراسة بكلية الطب. كما إننا ندعم التعليم المستمر للأطباء المقيمين الممارسين، والأطباء والجراحين حتى يتمكنوا من التعرف على العمليات الجراحية والأجهزة الجديدة.

هل سيتم التعامل مع رفايتي بشكل ملائم؟

نعم. إننا نتعامل مع جميع المتبرعين بأكبر قدر من الاحترام. إننا نلتزم بأعلى المعايير والقوانين واللوائح الأخلاقية، بما في ذلك قانون ولاية أوريغون للهدايا التشريحية. يحصل جميع الطلاب على توجيه قبل العمل مع المتبرعين. إننا نقصر مناطق التحنيط والتخزين على الأفراد العاملين المصرح لهم فقط.

ماذا يحدث عند الانتهاء من الدراسات أو التدريس؟

يتم حرق جثث المتبرعين في OHSU ما لم تكن قد أصدرت توجيهات بخلاف ذلك في النموذج الخاص بك. في هذه الحالة نقوم بإعادة الرفات حسب توجيهاتك أو توجيهات عائلتك.

كم سيمضي من الوقت قبل أن تحصل عائلتي على رفايتي؟

يمكن أن يستغرق الأمر ما يصل إلى ثلاث سنوات.