



Программа донорства тела OHSU

3181 Sam Jackson Park Road L341

Portland, Oregon 97239

Телефон: 503.494.8302

Факс: 503.418.0588

Эл. почта: donation@ohsu.edu

Как пожертвовать свое тело для программы донорства тела OHSU

Информация о нас. Программа донорства тела OHSU была основана в 1976 году. Это старейшая некоммерческая программа донорства всего тела в Орегоне. Мы соблюдаем все федеральные законы и законы штата при обращении с донорскими телами, включая Закон о дарении органа или части органа штата Орегон (пересмотренный в 2007 году).

Для чего нужно донорство. Врачи, хирурги и ординаторы используют донорские тела для обучения проведению хирургических операций и для проведения исследований. Они также используются для преподавания анатомии студентам-медикам в OHSU и подобных учебных заведениях на Тихоокеанском Северо-Западе.

Кто может стать донором. Программа донорства тела принимает донорство только от людей в возрасте 18 лет и старше. Программа может принять или отклонить донорство в момент смерти. Частыми причинами отказа являются недавно перенесенные незажившие операции, вскрытие, заразные болезни, физическое состояние тела (сильные травмы, разложение), патологии, препятствующие проведению адекватных процедур подготовки, а также низкая или высокая масса тела. **Если в момент смерти в донорстве отказано, ближайший родственник/уполномоченный представитель должен принять другие меры для окончательного распоряжения телом.** Программа не несет ответственности за любые расходы, связанные с другими процедурами. В рамках программы не проводятся вскрытия, не выдаются официальные медицинские заключения или какие-либо отчеты, связанные с медицинскими исследованиями.

Порядок донорства. Сейчас вы можете зарегистрироваться в нашей программе, чтобы впоследствии после своей смерти пожертвовать свое тело. В случае смерти человека, не зарегистрированного в нашей программе, его ближайший родственник (доверенное лицо) вправе зарегистрировать его.

Для донорства СВОЕГО тела:

1. Заполните **форму 1** и **форму разрешения на использование и раскрытие защищенной медицинской информации**. На момент заполнения формы вы должны быть юридически дееспособны.
2. Подпишите форму в присутствии двух свидетелей, которые в свою очередь должны поставить свои подписи.
3. Отправьте форму по адресу: OHSU Body Donation, 3181 SW Sam Jackson Park Road L341, Portland, OR 97239. Факс: 503-418-0588. Эл. почта: donation@ohsu.edu

Для донорства тела ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА:

1. Заполните **форму 2** и **форму разрешения на использование и раскрытие защищенной медицинской информации**. Вы должны иметь законную возможность принимать решения, касающиеся тела другого человека.
2. Подпишите форму в присутствии двух свидетелей, которые в свою очередь должны поставить свои подписи.
3. Предоставьте копию распоряжения о медицинском обслуживании или другой документации, в которой указано ваше законное право принимать решение об обращении с телом.
4. Отправьте форму и копию распоряжения о медицинском обслуживании по адресу: OHSU Body Donation, 3181 SW Sam Jackson Park Road L341, Portland, OR 97239. Факс: 503-418-0588. Эл. почта: donation@ohsu.edu

Как только программа получит форму, мы отправим вам письмо с уведомлением о ее получении. Вы можете изменить или отменить свое намерение о донорстве, но при этом действуют определенные ограничения (для получения подробной информации звоните по телефону 503-494-8302).

Рекомендуемые действия в момент смерти:

1. Сообщите о смерти по телефону 503-494-8302 и следуйте голосовым подсказкам.
2. Мы проведем устную медицинскую экспертизу и определим, можем ли мы принять тело. Как правило, мы проводим эту процедуру в присутствии персонала больницы или ухаживающего персонала.
3. Если мы принимаем донорство, мы организуем доставку тела к нам. Позвоните по телефону 503-494-8302, чтобы узнать стоимость транспортировки для округов, расположенных за пределами Портлендского метрополитена.
4. Наш поставщик услуг по транспортировке свяжется с ближайшими родственниками через несколько дней после смерти, чтобы получить дополнительную информацию для оформления свидетельства о смерти. Если донор уже заранее договорился с похоронным бюро, пожалуйста, сообщите им нашу информацию.



Программа донорства тела OHSU

3181 Sam Jackson Park Road L341

Portland, Oregon 97239

Телефон: 503.494.8302

Факс: 503.418.0588

Эл. почта: donation@ohsu.edu

Форма 1. Форма регистрации физического лица для донорства

Информация о доноре: (разборчиво и печатными буквами)

Имя и фамилия по документам: _____ Используемое имя: _____

Назначенный пол: _____ Мдсекстоимения: _____ Телефон: _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Дата рождения: _____ Место рождения: _____

Номер социального страхования: _____ Ветеран, отделение: _____ Отправить копию DD214

Семейное положение: Одинок(-а): Вдова(-ец): Женат/замужем: Имя и фамилия супруга: _____

Имя и фамилия ближайшего родственника: _____ Кем приходится: _____ Телефон: _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Разрешения: (поставьте свои инициалы в случае согласия). Я разрешаю OHSU:

1. _____ Вернуть мои останки сразу после окончания исследований (обычно в течение периода от 18 месяцев до не более 3 лет)
2. _____ Оставить мой мозг и мягкие ткани для научной коллекции
(остальное будет кремировано и возвращено, если также выбран пункт 1)
3. _____ Оставить мои останки на неопределенный срок (остатки не будут возвращены)

Действие в отношении моих останков: (поставьте свои инициалы рядом с одним из вариантов ниже)

Я указываю и разрешаю, чтобы в отношении моих останков было выполнено одно из следующих действий:

1. _____ НЕ кремировать мои останки. Выдать тело: _____ (похоронное бюро).
(Я понимаю, что мои ближайшие родственники должны будут оплатить все расходы)
2. _____ Кремировать мои останки и доставить на _____ (кладбище) для захоронения.
(Я понимаю, что мои ближайшие родственники должны будут оплатить все расходы)
3. _____ Кремировать мои останки. Останки не будут возвращены, и OHSU произведет захоронение в общей могиле для доноров целых тел на кладбище по выбору OHSU.
(OHSU не взимает плату за эту услугу)
4. _____ Кремировать мои останки и вернуть их:

Имя и фамилия: _____ Кем приходится: _____

Адрес: _____

* Если флажок здесь не установлен, независимо от выбора способа распоряжения моими останками, указанного выше, я уполномочиваю своих ближайших родственников распорядиться моими останками в соответствии с действующим законодательством согласно его/ее/их решению.



Программа донорства тела OHSU

3181 Sam Jackson Park Road L341

Portland, Oregon 97239

Телефон: 503.494.8302

Факс: 503.418.0588

Эл. почта: donation@ohsu.edu

Согласие:

- Я понимаю, что, заполняя эту форму, я разрешаю OHSU принять и использовать мое тело или передать его в квалифицированное учреждение в целях медицинского образования и проведения исследований. После смерти мое тело может быть забальзамировано, препарировано, расчленено или пластинировано (сохранено навечно). В результате некоторых из этих процедур небольшое количество материала может оказаться невосстановимым или уничтоженным в процессе работы.
- Я понимаю, что в рамках программы будут проведены определенные лабораторные исследования, результаты которых могут быть переданы в Управление здравоохранения штата Орегон в соответствии с требованиями закона.
- Я понимаю, что Программа донорства тела может предоставить мое тело другим образовательным или исследовательским учреждениям для целей медицинского образования или проведения исследований. Согласно Закону о дарении органа или части органа, когда OHSU передает донорское тело стороннему учреждению, это учреждение возмещает OHSU разумные расходы на удаление, обработку, консервацию, контроль качества, хранение, транспортировку или кремацию тела.
- Я понимаю и разрешаю OHSU проводить фото- и видеосъемку (и сохранять изображения или записи) в любом формате, в целях медицинского образования и проведения научных исследований. Я понимаю, что OHSU предпримет все меры для защиты моей личности и человеческого достоинства, а изображения и видеозаписи будут производиться только в случаях необходимости документирования и демонстрации образовательных или научных результатов.
- Я понимаю и выражаю согласие с тем, что OHSU или организация, уполномоченная вести видеосъемку донорского тела в целях медицинского образования, может получать вознаграждение в рамках образовательной программы. Я понимаю, что видеозаписи не будут мне возвращены, и я отказываюсь от всех прав, титулов, претензий или процентов, которые у меня могут быть для контроля или одобрения использования видеозаписей в таких целях. Я понимаю и выражаю согласие с тем, что я не получу и не буду иметь никаких прав на авторские гонорары или другие компенсации, возникающие в связи с использованием видеозаписей.
- Я понимаю и выражаю согласие с тем, что донорское тело может быть использовано для совершения открытия, которое в будущем может быть запатентовано или лицензировано какой-либо компанией, что может привести к возможной финансовой выгоде для этой компании или OHSU. Я понимаю, что платить мне в этом случае не планируется, и выражаю согласие с тем, что не буду иметь никаких прав собственности, владения или финансового интереса в продуктах или данных, которые могут быть получены в результате использования донорского тела.
- Я понимаю, что донор или ближайший родственник (уполномоченный представитель) не может выбирать, как и кто будет использовать тело.
- Я понимаю и выражаю согласие с тем, что на возможность OHSU вернуть кремированные останки могут повлиять погодные условия, состояние дорог и другие факторы, не зависящие от компании. Я выражаю согласие с тем, что OHSU или лица, действующие от его имени, не несут ответственности за подобные задержки.
- Я понимаю, что OHSU может не принять мое тело в момент смерти. Я понимаю, что в этом случае мой ближайший родственник (уполномоченный представитель) должен предпринять другие меры для окончательного захоронения оплатить расходы.
- Я выражаю согласие с тем, что копия этой формы регистрации действительна как первоначально подписанная форма регистрации.
- Я понимаю, что могу внести изменения или отменить донорство своего тела в любое время до смерти.

Ред. от 28 июня 2023 г.



Программа донорства тела OHSU

3181 Sam Jackson Park Road L341

Portland, Oregon 97239

Телефон: 503.494.8302

Факс: 503.418.0588

Эл. почта: donation@ohsu.edu

Согласие (продолжение):

- Я подтверждаю, что мне не менее 18 лет и что я в состоянии принимать решения от своего имени и что я подписал(-а) эту форму в присутствии не менее двух совершеннолетних свидетелей.

Подпись уполномоченного лица:

Я полностью прочитал(-а) (или мне прочитали) этот документ. У меня была возможность задать вопросы и получить ответы. Я полностью понимаю этот документ. Подписывая ниже, я даю согласие на донорство моего тела и на то, чтобы с моими останками поступили указанным образом. Подписывая ниже, я выступаю в качестве донора, указанного в этой форме.

Подпись донора

Дата

Подпись свидетелей:

Для того чтобы вы могли пожертвовать свое тело OHSU, эту форму должны подписать два свидетеля. Один из двух свидетелей **должен быть** «незаинтересованным свидетелем». Это означает, что **один из свидетелей НЕ МОЖЕТ БЫТЬ:**

- Вашим супругом, партнером по браку, ребенком, родителем, братом или сестрой, внуком, бабушкой или дедушкой, дальним родственником или опекуном донора; или
- Совершеннолетним лицом, проявляющим особую заботу и беспокойство о вас; или
- Лицом, представляющим учреждение (включая больницу, аккредитованную медицинскую школу, стоматологическую школу, колледж, университет) или организацию (включая организацию по закупке органов, глазной банк, банк тканей).

Подписывая ниже, я заявляю, что наблюдал(-а) за вышеуказанным лицом, подписавшим эту форму, и считаю, что данное лицо находится в здравом уме и не действует под принуждением (давлением), в результате мошенничества или неправомерного влияния. (Укажите разборчиво печатными буквами)

Подпись свидетеля

Подпись **незаинтересованного**

Полное имя свидетеля

Полное имя свидетеля

Кем

Кем



Программа донорства тела OHSU

181 Sam Jackson Park Road L341
Portland, Oregon 97239
Телефон: 503.494.8302
Факс: 503.418.0588
Эл. почта: donation@ohsu.edu

Форма 2. Донорство тела для OHSU ближайшим родственником (уполномоченным лицом)

Информация о доноре: (укажите разборчиво печатными буквами)

Имя и фамилия по документам: _____ Используемое имя: _____
Назначенный пол: _____ Мдсекстоимения: _____ Телефон: _____
Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Дата рождения: _____ Место рождения: _____
Номер социального страхования: _____ Ветеран, отделение: _____ Отправить копию DD214
Семейное положение: Одинок(-а): Вдова(-ец): Женат/замужем: Имя и фамилия супруга: _____
Имя и фамилия ближайшего родственника: _____ Кем приходится: _____ Телефон: _____
Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Разрешения: (поставьте свои инициалы в случае согласия)

Я, как ближайший родственник (уполномоченное лицо), разрешаю OHSU:

1. _____ Вернуть останки вышеуказанного лица сразу после завершения исследований
(обычно в течение периода от 18 месяцев до не более 3 лет)
2. _____ Оставить мозг и мягкие ткани вышеуказанного лица для научной коллекции
(остальное будет кремировано и возвращено, если также выбран пункт 1)
3. _____ Хранить останки вышеуказанного лица в течение неопределенного периода времени
(остатки не будут возвращены)

Действие в отношении моих останков: (поставьте свои инициалы рядом с одним из вариантов ниже)

Я указываю и разрешаю, чтобы в отношении моих останков было выполнено одно из следующих действий:

1. _____ НЕ кремировать мои останки. Выдать тело: _____ (похоронное бюро).
(Я понимаю, что мои ближайшие родственники должны будут оплатить все расходы)
2. _____ Кремировать мои останки и доставить на _____ (кладбище) для захоронения.
(Я понимаю, что мои ближайшие родственники должны будут оплатить все расходы)
3. _____ Кремировать мои останки. Останки не будут возвращены, и OHSU произведет захоронение в общей могиле для доноров целых тел на кладбище по выбору OHSU.
(OHSU не взимает плату за эту услугу)
4. _____ Кремировать мои останки и вернуть их:

Имя и фамилия: _____ Кем приходится: _____

Адрес: _____



Программа донорства тела OHSU

181 Sam Jackson Park Road L341

Portland, Oregon 97239

Телефон: 503.494.8302

Факс: 503.418.0588

Эл. почта: donation@ohsu.edu

Согласие:

- Я имею полномочия совершить это донорство от имени лица, указанного в форме 2. Я могу предоставить распоряжение о медицинском обслуживании или другие документы, подтверждающие мои юридические полномочия на совершение донорства.
- Мне не известно ни об одном документе (с подписью или без), составленном лицом, указанным в форме 2, в котором оно отказывается от донорства своего тела.
- Я понимаю, что, заполняя эту форму, я разрешаю OHSU принять и использовать тело или передать его в квалифицированное учреждение в целях медицинского образования и проведения исследований. После смерти тело может быть забальзамировано, препарировано, расчленено или пластинировано (сохранено навечно). В результате некоторых из этих процедур небольшое количество материала может оказаться невозможным или уничтоженным в процессе работы.
- Я понимаю и разрешаю OHSU проводить фото- и видеосъемку (и сохранять изображения или записи) тела в любом формате, в целях медицинского образования и проведения научных исследований. Я понимаю, что OHSU предпримет все меры для защиты личности данного лица и человеческого достоинства. Изображения и видеозаписи будут производиться только в случаях необходимости документирования и демонстрации образовательных или научных результатов.
- Я понимаю и выражаю согласие с тем, что OHSU или организация, уполномоченная вести видеосъемку донорского тела в целях медицинского образования, может получать вознаграждение в рамках образовательной программы. Я понимаю, что видеозаписи не будут мне возвращены, и я отказываюсь от всех прав, титулов, претензий или процентов, которые у меня могут быть для контроля или одобрения использования видеозаписей в таких целях. Я понимаю и выражаю согласие с тем, что я не получу и не буду иметь никаких прав на авторские гонорары или другие компенсации, возникающие в связи с использованием видеозаписей.
- Я понимаю и выражаю согласие с тем, что донорское тело может быть использовано для совершения открытия, которое в будущем может быть запатентовано или лицензировано какой-либо компанией, что может привести к возможной финансовой выгоде для этой компании или OHSU. Я понимаю, что платить мне в этом случае не планируется, и выражаю согласие с тем, что не буду иметь никаких прав собственности, владения или финансового интереса в продуктах или данных, которые могут быть получены в результате использования донорского тела.
- Я понимаю, что донор или ближайший родственник (уполномоченный представитель) не может выбирать, как и кто будет использовать тело.
- Я понимаю и выражаю согласие с тем, что на возможность OHSU вернуть кремированные останки могут повлиять погодные условия, состояние дорог и другие факторы, не зависящие от компании. Я выражаю согласие с тем, что OHSU и лица, действующие от его имени, не несут ответственности за подобные задержки.
- Я понимаю, что OHSU может не принять тело для донорства в момент смерти. Я понимаю, что в этом случае ближайший родственник (уполномоченный представитель) должен предпринять другие меры для окончательного захоронения и оплатить расходы.
- Я выражаю согласие с тем, что копия этой формы регистрации является действительной как первоначально подписанная форма.
- Я понимаю, что могу внести изменения или отменить донорство тела только в соответствии с законом.
- Мне не менее 18 лет. Я подписал(-а) эту форму в присутствии не менее двух совершеннолетних свидетелей.
- Я понимаю, что будут проведены определенные лабораторные анализы тела и, возможно, потребуется сообщить о результатах в Oregon Health Authority, если это требуется по закону.



Программа донорства тела OHSU

181 Sam Jackson Park Road L341
Portland, Oregon 97239
Телефон: 503.494.8302
Факс: 503.418.0588
Эл. почта: donation@ohsu.edu

Согласие (продолжение):

- Я понимаю, что Программа донорства тела может предоставить тело другим образовательным или исследовательским учреждениям для целей медицинского образования или проведения исследований. Согласно Закону о дарении органа или части органа, когда OHSU передает донорское тело стороннему учреждению, это учреждение возмещает OHSU разумные расходы на удаление, обработку, консервацию, контроль качества, хранение, транспортировку или кремацию тела.

Подпись уполномоченного лица:

Я полностью прочитал(-а) (или мне прочитали) этот документ. У меня была возможность задать вопросы и получить ответы. Я полностью понимаю этот документ. Подписывая ниже, я выражаю согласие на донорство и утилизацию останков в соответствии с указаниями. Подписываясь ниже, я выступаю в качестве ближайшего родственника (уполномоченного представителя), указанного в этой форме.

Подпись ближайшего родственника (уполномоченного представителя)

Дата

Полное имя и кем приходится

Адрес

По телефону

Подпись свидетелей:

Чтобы совершить донорство в пользу OHSU, эту форму должны подписать два свидетеля. Один из двух свидетелей **должен быть** «незаинтересованным свидетелем». Это означает, что **один из свидетелей НЕ МОЖЕТ БЫТЬ:**

- Вашим супругом, партнером по браку, ребенком, родителем, братом или сестрой, внуком, бабушкой или дедушкой, дальним родственником или опекуном донора; или
- Совершеннолетним лицом, проявляющим особую заботу и беспокойство в отношении донора; или
- Представителем учреждения (включая больницу, аккредитованную медицинскую школу, стоматологическую школу, колледж, университет) или организацию (включая организацию по закупке органов, глазной банк, банк тканей).

Подписывая ниже, я заявляю, что наблюдал(-а) за вышеуказанным лицом, подписавшим эту форму, и считаю, что данное лицо находится в здравом уме и не действует под принуждением (давлением), в результате мошенничества или неправомерного влияния. (Укажите разборчиво печатными буквами)

Подпись свидетеля

Подпись **незаинтересованного**
свидетеля

Полное имя свидетеля

Полное имя свидетеля

Кем приходится

Кем приходится

Ред. от 28 июня 2023 г.



**Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics**
**Служба медицинской информации /
Медицинская корреспонденция**
3181 SW Sam Jackson Park Rd,
Mail Code: OP17A
Portland, OR 97239-3098
(503) 494-8521, факс: (503) 494-6970

Страница 1 из 1

НА ПЕЧАТЬ

Очистить форму

НОМЕР СЧЕТА
НОМЕР МЕД.
КАРТЫ ИМЯ И
ФАМИЛИЯ ДАТА
РОЖДЕНИЯ

Идентификационные данные пациента

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

ВСЕ РАЗДЕЛЫ ЭТОЙ ФОРМЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАПОЛНЕНЫ, ИНАЧЕ РАЗРЕШЕНИЕ НЕ БУДЕТ ПРИНЯТО.

Я разрешаю: _____
(Имя и фамилия лица / организации / учреждения, раскрывающего информацию)

_____ (Адрес лица / организации) _____ (Город) _____ (Штат) _____ (Почтовый индекс)

использовать и раскрывать электронную копию конкретной медицинской информации, описанной ниже; установите флажок здесь для получения бумажной копии. Это разрешение касается:

(Имя и фамилия лица)

состоит из: (определения см. на оборотной стороне) Отчеты врачей Рентген (полные инструкции см. на оборотной стороне этой формы) Лаборатория ED Счета на оплату

Другое, укажите **идентифицирующие признаки**: например, лицо, тату, шрамы

Если необходимы записи амбулаторной практики / клиники, укажите практику(-и) / клинику(-и)
(список практик/клиник см. на оборотной стороне) _____

для: Программа донорства всего тела OHSU

_____ (Имя и фамилия получателя)
3181 SW Sam Jackson Park RD L341 Portland OR 97239
(Адрес получателя) (Город) (Штат) (Почтовый индекс)

для следующей цели: (Опишите каждую цель раскрытия) Непрерывность обслуживания Юридическая

Инвалидность Поступление в школу Другое, укажите донорство всего тела/медицинское образование и научные исследования

Если информация, подлежащая раскрытию, содержит любой из перечисленных ниже типов записей или сведений, могут применяться дополнительные законы, касающиеся использования и раскрытия информации. Я понимаю и выражаю согласие на раскрытие этой информации только в том случае, если я поставлю свои **унициалы** в соответствующем месте рядом с типом информации.

_____ Информация о HIV/AIDS _____ Данные генетического тестирования
_____ Информация о психическом здоровье _____ Информация о диагностировании наркотической/алкогольной зависимости, лечении или направлениях

Вам не нужно подписывать это разрешение. Отказ от подписания разрешения не окажет негативного влияния на ваше право получать медицинские услуги или компенсацию за них. Единственное обстоятельство, при котором отказ от подписи будет означать невозможность получения вами медицинских услуг, заключается в том, что медицинские услуги предоставляются исключительно с целью предоставления медицинской информации другому лицу, и разрешение необходимо для такого раскрытия. Ваш отказ от подписания данного разрешения не окажет негативного влияния на ваше участие в плане медицинского страхования или право на получение медицинских льгот, за исключением случаев, когда разрешенная информация необходима для определения вашего права на участие в плане медицинского страхования.

Вы можете отозвать это разрешение в любое время, направив соответствующий запрос в письменном виде. В случае отзыва вашего разрешения вышеописанная информация больше не может быть использована или раскрыта для целей, описанных в данном письменном разрешении. Любое использование или раскрытие информации, уже сделанное с вашего разрешения, не может быть отменено.

Чтобы отозвать данное разрешение, отправьте письменный запрос по адресу: Medical Correspondence, Health Information Services, OP17A, OHSU 3181 SW Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098, и укажите, что вы отзывате данное разрешение.

Я понимаю, что информация, использованная или раскрытая в соответствии с данным разрешением, может быть повторно раскрыта и перестанет быть защищенной в соответствии с федеральным законодательством. Вместе с тем я также понимаю, что федеральный закон или закон штата могут ограничить повторное раскрытие информации о HIV/AIDS, информации о психическом здоровье, генетической информации и информации о диагностике, лечении или направлении на лечение наркомании/алкоголизма.

Я прочитал(-а) данное разрешение и понимаю его содержание.

Срок действия данного разрешения составляет один год с даты подписания, если оно не будет отозвано или не будет указано иное ниже: (введите альтернативную дату истечения срока действия или событие) _____ пять лет после смерти

Подписано: _____ Дата: _____
(Подпись лица или личного представителя)

Описание полномочий личного представителя: _____





Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Служба медицинской информации /
Медицинская корреспонденция
3181 SW Sam Jackson Park Rd,
Mail Code: OP17A
Portland, OR 97239-3098
(503) 494-8521, факс: (503) 494-6970

НОМЕР СЧЕТА
НОМЕР МЕД.
КАРТЫ ИМЯ И
ФАМИЛИЯ ДАТА
РОЖДЕНИЯ

Продолжение стр. 1

Идентификационные данные

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТЧЕТОВ:

- Отчеты врачей включают выписной эпикриз, инструкции по выписке, анамнез и данные физикального обследования, любые процедуры или операции
- Рентген включает в себя рентгеновские отчеты, ультразвуковые исследования, МРТ и отчеты по специальной визуализации (в случае запроса конкретного результата визуализации, необходимо заполнить форму разрешения MR-4775). Доступ к этой форме можно получить по следующему веб-сайту: <http://ozone.ohsu.edu/healthsystem/HIS/mr4775.pdf>
- Лаборатория – все результаты лабораторных исследований
- ED – отчеты врачей отделения скорой помощи
- Счета на оплату – информация о выставлении счетов в больницах и / или клиниках
- Иммунизации – все записи иммунизации
- Другое – укажите информацию, не включенную в список

АМБУЛАТОРНЫЕ ПРАКТИКИ / КЛИНИКИ OHSU:

Аллергия и иммунология
Антикоагуляция
Аудиология
Взрослая психиатрия
Врачи в Marquam Hill
Гастроэнтерология
Гастроэнтерология / гепатология
Гематология / онкология
Дерматологическая хирургия
Дерматология
Детская гематология / онкология
Детская и подростковая психиатрия
Диабет
Здоровье пищеварительной системы
Здоровье руководящего состава
Здоровье сотрудников
Инфекционные заболевания
Кардиология
Костная и минеральная ткань
Липиды
Медицина внутренних болезней
Медицина сна
Неврология
Нейрохирургия
Нефрология и гипертония
Общая педиатрия
Общая хирургия
Ортопеды
Отоларингология

Педиатрические специальности
Перинатальный период
Пластическая хирургия
Программа межкультурной психиатрии
Пульмонология
Радиационная онкология
Ревматология
Риверплейс
Ричмонд
Скаппуз
Сосудистая хирургия
Трансплантация костного мозга / лейкемия
Трансплантация печени
Трансплантация почек
Укрепление здоровья и спортивная медицина
Урология
Хирургическая онкология
Центр комплексного лечения боли
Челюстно-лицевая хирургия
Эндокринология
Casey Eye Institute
CDRC Eugene
Center for Women's Health
Childhood Development and Rehabilitation (CDRC)
Doernbecher Pediatrics - Westside
Family Medicine в South Waterfront
Gabriel Park
Knight Cancer Center/Местный центр гематологической онкологии



Программа донорства тела OHSU

181 Sam Jackson Park Road L341
Portland, Oregon 97239
Телефон: 503.494.8302
Факс: 503.418.0588
Эл. почта: donation@ohsu.edu

Часто задаваемые вопросы:

Существуют ли причины, по которым мое донорство не будет принято?

Да. Наиболее распространенные причины отказа от донорского тела: низкая или высокая масса тела, сильная травма, признаки разложения или заразные болезни. Само по себе решение Death with Dignity не исключает человека из нашей программы. Мы можем только решить, сможем ли мы принять тело в момент смерти. Убедитесь, что члены семьи знают об этом заранее.

Можете ли вы гарантировать, что мое тело будет принято?

Нет. Чтобы определить возможность принятия тела, нам необходима медицинская оценка на момент смерти. Рекомендуется заранее договориться с похоронным бюро на случай, если мы не сможем принять тело.

Будет ли мое тело использоваться для учебных или исследовательских целей? Получит ли моя семья отчет о результатах исследования?

Мы не проводим вскрытий и не предоставляем отчетов. Наша основная задача — содействовать преподаванию анатомии студентам медицинских, стоматологических и других медицинских вузов. В настоящее время мы проводим лишь небольшое количество исследований. Преподавание анатомии — одна из основных дисциплин для студентов на первом курсе медицинского учебного заведения. Мы также содействуем непрерывному образованию практикующих ординаторов, врачей и хирургов с целью ознакомления их с новыми методами проведения хирургических операций и устройствами.

Будут ли мои останки обработаны должным образом?

Да. Мы относимся ко всем донорам с глубоким уважением. Мы придерживаемся высочайших этических стандартов, законов и регулирующих положений, включая Закон о дарении органа или части органа штата Орегон. Все студенты проходят инструктаж перед началом работы с донорскими телами. Мы ограничиваем доступ к местам бальзамирования и хранения только для уполномоченного персонала.

Что происходит после завершения обучения или преподавания?

Донорские тела подлежат кремации в OHSU, если в вашей форме не указано иное. Мы возвращаем останки по вашему указанию или по указанию вашей семьи.

Через какое время моя семья получит мои останки?

Возможно, это займет до трех лет.

Могу ли я изменить свое решение?

Да. Данная форма — это юридический документ, в который вы можете внести изменения или отменить его в любое время до наступления смерти. Позвоните или отправьте письмо в нашу программу, чтобы удалить форму из файла.

Если на моих правах указано «анатомический донор», буду ли я зарегистрирован(-а) в этой программе?

Нет. Водительские права с пометкой «анатомический донор» означают, что вы можете пожертвовать ткани или органы. Для участия в программе донорства тела необходимо заполнить отдельную форму, которую заполняет сам донор или его ближайший родственник.

Будет ли мое тело принято программой донорства тел OHSU, если я сначала пожертвую свои органы?

Возможно. Нам потребуется оценить состояние тела после донорства органов или тканей, чтобы определить, сможем ли мы принять тело.

Проводится ли поминальная служба по донорам?

Да. OHSU каждый год проводит поминальную службу по донорам нашей программы. Мы сообщаем ближайшим родственникам время и место проведения службы.

Что такое бессрочное донорство?

Бессрочное донорство подразумевает использование вашего тела с вашего разрешения в образовательных или исследовательских целях по истечении трехлетнего срока. Останки кремируются и помещаются в общее место захоронения по выбору OHSU.

Получу ли я деньги за то, что стану донором?

Нет. По закону никто не может покупать или продавать ткани или тела для целей трансплантации, исследований или образования.

Как заполнить форму MR-1470?

Значительная часть формы заполнена частично. В первой строке вам необходимо разрешить вашей клинике первичного обслуживания передавать нам вашу документацию, ввести свое имя, поставить инициалы рядом с информацией о ВИЧ/СПИДе и поставить подпись внизу.