



option care health®

Руководство по энтеральному питанию для пациентов

Цель данного руководства —
обеспечить безопасное
и комфортное энтеральное
питание

Руководство для
пациентов



Рады приветствовать вас!

Вы готовы начать энтеральное питание

Каждый день мы удовлетворяем нутритивные потребности тысяч людей

Некоторые заболевания затрудняют прием пищи или напитков, и человек не получает необходимое питание в достаточном количестве. Когда это происходит, поставщик медицинских услуг может порекомендовать нутритивную поддержку с помощью зондового питания, которое также называется энтеральным питанием (ЭП). Зонд используется для подачи жидкой смеси непосредственно в желудок или тонкий кишечник. Эти смеси содержат сбалансированное количество питательных веществ: все белки, углеводы, жиры, витамины, минералы и воду, — которые содержатся в обычном рационе.

По приблизительным оценкам около 437,000 человек в Соединенных Штатах получают ЭП дома или в альтернативных лечебных учреждениях.¹ Для многих из них Option Care Health является выбором номер один для проведения этого вида лечения. И это понятно, ведь мы оказываем услуги энтерального питания уже более 40 лет.

Ваша собственная группа специалистов

Мы используем многодисциплинарный подход к медицинскому обслуживанию. Группа наших специалистов, которая может состоять из зарегистрированных диетологов, медсестер, фармацевтов-инфузионистов и координаторов-нутриционистов, имеет опыт в предоставлении услуг ЭП в домашних условиях и в альтернативных лечебных учреждениях.

Эта группа медицинских специалистов будет работать с вами в течение всего периода вашего лечения и сделает все, чтобы обеспечить вас всем необходимым для эффективного зондового питания. Специалисты группы готовы ответить на ваши вопросы 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, 365 дней в году.

Обеспечение качества обслуживания

Предоставление вам качественной медицинской помощи — наша главная задача. Группа наших специалистов будет связываться с вами каждую неделю и задавать ряд вопросов, связанных с вашим зондовым питанием, а также будет активно работать над тем, чтобы вы достигли своих нутритивных целей. Если у вас возникнут вопросы о получаемых вами услугах, обратитесь в ваш местный центр управления медицинским обслуживанием. С конкретными вопросами или проблемами, связанными с питанием, обращайтесь к вашему зарегистрированному диетологу. Также важно обсуждать уход и обслуживание, связанные с зондовым питанием, с вашим поставщиком медицинских услуг во время последующих визитов к нему.

Как пользоваться этим руководством

В этом руководстве есть информация и указаны ресурсы, необходимые вам для успешного применения зондового питания. Они помогут вам понять, что представляет собой зондовое питание. Вы научитесь уверенно вводить питательную смесь самостоятельно или с помощью лица, осуществляющего уход. В руководстве вы также найдете советы по минимизации осложнений. Мы всегда готовы поддерживать вас на каждом шагу этого пути.

В частности, в этом руководстве вы найдете важную информацию по следующим темам:

- Основные сведения о зондовом питании
- Ежедневные шаги на пути к успеху, например обращение с принадлежностями и купание с зондом
- Как осуществлять мониторинг терапии
- Как заказывать смеси и принадлежности для их введения
- Советы о том, как сохранять позитивный настрой в период привыкания к зондовому питанию
- Как путешествовать в период получения зондового питания
- Листки регистрации данных для отслеживания количества введенного питания и запаса смеси и принадлежностей

Источник: 1. Mundi MS, Pattinson A, McMahon MT, et. al. Prevalence of Home Parenteral and Enteral Nutrition in the United States. Nutrition in Clinical Practice. 2017;32(6):799-805.

Содержание

Раздел 1

Зондовое питание: вводная информация.....	3
• Почему важно как следует мыть руки	
• Виды зондов	
• Уход за зондом и кожей в месте его установки	
• Промывание зонда	
• Устранение непроходимости зонда	
• Введение лекарственных препаратов через зонд	
• Купание и душ с зондом	

Раздел 2

Подготовка к введению питания через зонд.....	9
• Подготовка к введению питания через зонд	
• Подготовка смеси	

Раздел 3

Введение питания через зонд.....	10
• Методы введения питания через зонд	
• Принадлежности/соединения ENFit®	
• Размещение насоса для энтерального питания в рюкзаке	

Раздел 4

Поддержание насоса для энтерального питания в рабочем состоянии	13
• Использование насоса для энтерального питания	
• Очистка насоса для энтерального питания	
• Безопасность оборудования	

Раздел 5

Непрерывность обслуживания и важные факторы, которые необходимо принимать во внимание	16
• Заказ, хранение и обращение со смесями и принадлежностями для их введения	
• Важные советы по безопасности	
• Мониторинг терапии	
• Осложнения: что делать и как не допустить	
• Как радоваться жизни	
• Как путешествовать в период получения зондового питания	

Раздел 6

Ресурсы по нутритивной поддержке.....	26
--	----

Раздел 7

Другие важные факторы, которые необходимо принимать во внимание	27
• Как избежать падений дома	
• Готовность к чрезвычайной ситуации	

Раздел 8

Участие в принятии решений о своем лечении	30
• Вы имеете право сказать «да» или «нет» любому варианту лечения	
• Юридические аспекты предварительных распоряжений	

Раздел 9

Найдите свои права и обязанности.....	31
• Права пациента	
• Обязанности пациента	

Раздел 10

Аккредитация и качество обслуживания.....	35
--	----

Уведомление о недопущении дискриминации	36
--	----

Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации пациента	38
--	----

Стандарты поставщиков медицинского оборудования длительного пользования, протезов, ортопедических приспособлений и расходных материалов (DMEPOS) по программе Medicare	45
--	----

Важная контактная информация.....	46
-----------------------------------	----

Раздел 11

Листки регистрации данных	47
Для заметок.....	49

Настоящая публикация носит исключительно информационный характер. Она не предназначена для использования вместо профессиональных медицинских консультаций, диагностики или лечения. Всегда обращайтесь за консультацией к своему врачу или другим квалифицированным поставщикам медицинских услуг по всем вопросам, которые могут у вас возникнуть в связи с заболеванием. Ни в коем случае не пренебрегайте рекомендациями медицинских специалистов и не откладывайте обращение за медицинской помощью на том основании, что вы прочитали данную публикацию. Если вы полагаете, что вам нужна экстренная медицинская помощь, незамедлительно позвоните своему лечащему врачу или по номеру 911. Данная информация не предусматривает каких-либо гарантийных обязательств, и НАСТОЯЩИМ ЗАВЛЯЕТСЯ ОТКАЗ ОТ ВСЕХ ПОДОБНЫХ ГАРАНТИЙ, КАК ПРЯМО ВЫРАЖЕННЫХ, ТАК И ПОДРАЗУМЕВАЕМЫХ, ВКЛЮЧАЯ ЛЮБЫЕ ГАРАНТИИ ПРИГОДНОСТИ ДЛЯ КОНКРЕТНОЙ ЦЕЛИ. Компания Option Care Health не дает никаких рекомендаций и не одобряет никаких конкретных исследований, врачей, продуктов, процедур, мнений или другую информацию, которые могут упоминаться в этой публикации. Любую информацию, представленную в этой публикации, вы используете, принимая все риски исключительно на себя.

Торговые марки являются собственностью соответствующих владельцев.

Настоящая публикация создана и предоставляется в качестве услуги компании Option Care Health. Информация, представленная в данной публикации, является актуальной по состоянию на апрель 2021 года.

Раздел 1

Зондовое питание: вводная информация

Почему важно как следует мыть руки

При использовании зонда важно тщательно мыть руки, чтобы не допустить инфицирования. Обязательно мойте руки между всеми этапами процесса, в том числе:

- перед тем как приступить к подготовке необходимых принадлежностей;
- перед началом введения смеси через зонд;
- всякий раз, когда вы считаете, что ваши руки не совсем чистые.

Мытье рук с мылом и водой

1. Смочите руки чистой теплой проточной водой.
2. Намыльте руки и потрите друг о друга, чтобы образовалась пена.
3. Потрите все поверхности на каждой руке и между пальцами.
4. Продолжайте тереть руки в течение 20 секунд.
5. Хорошо ополосните руки под проточной водой.
6. Используйте бумажное полотенце, чтобы выключить кран.
7. Вытрите руки насухо чистым полотенцем или высушите под сушилкой.



Применение антисептика для рук

Если мыло и чистая вода недоступны, используйте антисептик для рук на спиртовой основе. Антисептики для рук на спиртовой основе быстро уменьшают количество микробов на коже. При использовании антисептика для рук на спиртовой основе:

1. Нанесите средство на ладонь одной руки.
2. Растирайте антисептик по всей поверхности рук и между пальцами до тех пор, пока руки не станут сухими.

Виды зондов¹

Вместе с вашим поставщиком медицинских услуг вы выберете подходящий зонд, исходя из ваших конкретных потребностей.

1

Назогастральные (НГ) или назоюнальные (НЕ) зонды. Вставляются через нос и опускаются в желудок (в случае НГ зонда) или тонкую кишку (в случае НЕ зонда). Эти зонды, как правило, закрепляются на месте лейкопластырем и обычно используются в течение короткого времени.

2

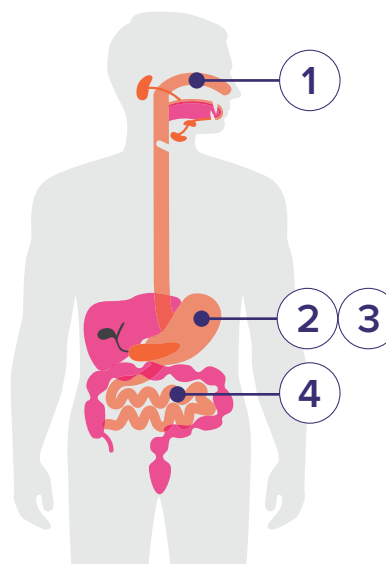
Гастростомические зонды (Г-зонды, или зонды для чрескожной эндоскопической гастростомии [ЧЭГ]). Вставляются через кожу прямо в желудок. Они удерживаются на месте с помощью баллона или валика на внутренней стороне желудка и фиксирующего устройства на поверхности кожи. Низкопрофильные Г-зонды иногда называют «пуговицами». Такие зонды часто используются у пациентов детского возраста.

3

Гастроюнальные (ГЕ) зонды. Обеспечивают доступ как к желудку, так и к тонкой кишке. Зонды этого типа имеют два порта — один помечен как гастральный (или желудочный) доступ и один — как юнальный (или кишечный). Если у вас ГЕ зонд, ваш поставщик медицинских услуг даст вам специальные инструкции о том, как вводить смесь через зонд этого типа.

4

Юнальные зонды (Е-зонды, или зонды для чрескожной эндоскопической юностомии [ЧЭЕ]). Вставляются через кожу прямо в тонкую кишку. Они обычно удерживаются на месте с помощью швов или фиксирующего устройства на внутренней стороне кишки и могут быть закреплены на коже с помощью швов или лейкопластыря.



Источник: 1. Tube Types. Feeding Tube Awareness Foundation; <http://www.feedingtubeawareness.org/tube-feeding-basics/tubetypes>. Accessed March 20, 2020.

Зондовое питание: вводная информация

Уход за зондом и кожей в месте его установки

Важно очищать кожу вокруг места введения зонда каждый день или так часто, как рекомендует ваш поставщик медицинских услуг. Поддержание чистоты и сухости помогает защититься от инфекций и избежать раздражения кожи. Ежедневное выполнение этих действий поможет вам чувствовать себя комфортно и облегчит введение пищи.

Уход за Г- или Е-зондом

1. Подготовьте материалы, которые вам понадобятся для очистки места установки зонда:
 - мыло;
 - ватная палочка/тканевая салфетка;
 - теплая вода;
 - марля.
2. Вымойте руки, следуя инструкциям на странице 3.
3. Ежедневно аккуратно очищайте кожу вокруг места введения зонда (включая диск, если он есть), используя мягкое мыло, воду и чистую тканевую салфетку или ватную палочку. Начните у зонда и двигайтесь кругами наружу так, чтобы зонд не натягивался. Если есть диск, он не должен плотно прилегать к коже. Между кожей и диском должно быть расстояние в четверть дюйма (6 мм).
 - Г-зонд: у зонда должна быть возможность вращаться внутри стомы (отверстия в коже, куда вставляется зонд).
 - Низкопрофильный/пуговичный Г-зонд: ознакомьтесь с инструкцией по надуванию баллона в брошюре производителя или попросите своего поставщика медицинских услуг проинструктировать вас.
- Е-зонд: **НЕ ТЯНИТЕ И НЕ ПОВОРАЧИВАЙТЕ** зонд ни в коем случае.
- **НЕ** тяните и не отрывайте лейкопластырь от кожи с силой и никогда не используйте ножницы; вместо этого попробуйте использовать теплую мыльную воду.
4. Снова протрите участок теплой водой и дайте коже полностью высохнуть на воздухе.
5. Если вы используете марлевые квадратики для сбора выделений вокруг кожного диска, важно менять марлю каждый день или сразу же после того, как она становится влажной или грязной, чтобы свести к минимуму риск инфицирования. Положите марлевый квадратик на диск зонда — ни в коем случае не между кожей и диском. **Как только выделений вокруг зонда станет меньше или они прекратятся, марля может больше не понадобиться. Небольшое количество выделений вокруг зонда — это нормально.**
6. Если в месте расположения зонда скопились затвердевшие выделения, удалите их чистой тканевой салфеткой или ватной палочкой, используя теплую воду. **НЕ** используйте перекись водорода для очистки.

Срок службы баллонного Г-зонда

Срок службы баллонного Г-зонда зависит от обмена веществ в вашем организме. Возможно, вам придется менять зонд каждые три месяца. Ваш поставщик медицинских услуг сообщит вам, если/когда возникнет необходимость заменить зонд. **Ваша страховая компания может разрешить вам иметь резервный Г-зонд на случай, если основной зонд выйдет из строя. В этом случае потребуется рецепт от вашего поставщика медицинских услуг.**

Уход за НГ- или НЕ-зондами

1. Подготовьте материалы, которые вам понадобятся для очистки места установки зонда:
 - мыло;
 - ватная палочка/тканевая салфетка;
 - теплая вода;
 - лейкопластырь;
 - лубрикант на водной основе (при необходимости).
2. Вымойте руки, следуя инструкциям на странице 3.
3. Удерживая зонд на месте, аккуратно снимите старый лейкопластырь. Чтобы лейкопластырь легче снимался, слегка протрите его **теплой мыльной водой**. **Будьте осторожны, не тяните зонд.**
4. Промойте ноздри теплой водой, используя ватную палочку или чистую тканевую салфетку. Удалите все затвердевшие выделения из носа тканевой салфеткой или ватной палочкой, смоченными водой и мылом. Промойте еще раз тканевой салфеткой или ватной палочкой, смоченными только водой.
5. Для дополнительного комфорта можно нанести лубрикант на водной основе в ноздрю вокруг зонда.
6. Глядя в зеркало, проверьте метку расположения на зонде в том месте, где он выходит из носа.
7. Зафиксируйте зонд лейкопластырем в соответствии с указаниями вашего поставщика медицинских услуг.
8. Надежно закрепив зонд лейкопластырем, заведите его за ухо, чтобы он не мешал и случайно не сдвинулся с места.
9. Если заметите покраснение или раздражение, возможно, потребуется вставить зонд в другую ноздрю. Если появятся язвы в ноздрях, повторно зафиксируйте зонд лейкопластырем подальше от раздраженного участка.

Проверка положения НГ- или НЕ-зондов

- Несмываемым нетоксичным маркером или ручкой нанесите метку на зонд на расстоянии одного дюйма (2.5 см) от места, где он входит в нос; используйте эту точку для отслеживания положения зонда.
- Измерьте длину зонда от кончика носа до конца зонда.
- Проверьте заднюю стенку горла, чтобы убедиться, что зонд не закрутился во рту.

Поскольку каждый зонд уникален, всегда нужно следовать инструкциям, данным поставщиком медицинских услуг, который установил зонд.

Зондовое питание: вводная информация

Промывание зонда

Независимо от того, применяете ли вы болюсное введение с помощью шприца, введение питания гравитационным методом (самотеком) или непрерывное введение питания с помощью насоса, важно промывать зонд водой несколько раз в день, чтобы он не забился и чтобы не было обезвоживания.

При промывании зонда необходимо придерживаться следующих рекомендаций:

- Если вы еще не начали использовать зонд для введения питания, промывайте его 60 мл воды два раза в день. Это поможет обеспечить проходимость зонда.
- Промывайте зонд до и (или) после введения питания, как указано в разделе 3 «Введение питания через зонд».
- Проконсультируйтесь со своим поставщиком медицинских услуг или вашей группой специалистов по нутритивной поддержке из Option Care Health, чтобы уточнить требования по промыванию вашего зонда, если они не указаны в инструкциях, которые вы получили при выписке из больницы, или в инструкциях по энтеральному питанию.

Устранение непроходимости зонда

Придерживайтесь следующих важных рекомендаций, чтобы успешно прочистить зонд:

1. Попробуйте промыть зонд 30 мл теплой воды с помощью шприца.
2. Если промыть водой не удастся, удалите все содержимое над местом закупорки с помощью пустого шприца.
3. Наберите в шприц теплую воду, **осторожно введите** воду в зонд и оставьте на 20–30 минут.
4. Вставьте пустой шприц в зонд и **осторожно толкайте и оттягивайте** шток поршня.
5. Повторяйте действия 1–4; если зонд не промоется, **позвоните своему поставщику медицинских услуг или безотлагательно обратитесь в отделение экстренной медицинской помощи.**

При промывке и прочистке зонда всегда используйте теплую,
а не горячую воду.

Введение лекарственных препаратов через зонд

Прежде чем вводить лекарственные препараты, проконсультируйтесь со своим поставщиком медицинских услуг или фармацевтом. Важно знать, существует ли ваш лекарственный препарат в жидкой форме, можно ли его измельчать и следует ли принимать ваш конкретный лекарственный препарат натощак или после еды.

- Если у вас Е-зонд, поинтересуйтесь, будут ли ваши лекарственные препараты действовать должным образом, так как они не пройдут через желудок.
- По возможности используйте лекарственные препараты в жидкой форме.
- Если ваш лекарственный препарат выпускается в форме таблеток или капсул, спросите своего поставщика медицинских услуг или фармацевта, можно ли измельчать таблетку в мелкий порошок и смешивать его с теплой водой (**НЕ ИЗМЕЛЬЧАЙТЕ ТАБЛЕТКИ, ПОКРЫТЫЕ КИШЕЧНОРАСТВОРИМОЙ ОБОЛОЧКОЙ, А ТАКЖЕ ТАБЛЕТКИ ИЛИ КАПСУЛЫ С ЗАМЕДЛЕННЫМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА**).
- Для введения лекарственного препарата используйте шприц и промывайте зонд теплой водой.
- Вводите по одному лекарственному препарату за раз; между введениями лекарственных препаратов промывайте зонд 20–30 мл теплой воды.
- **НЕ СМЕШИВАЙТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ.**
- **НЕ ДОБАВЛЯЙТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В СМЕСЬ ИЛИ В ПАКЕТ СО СМЕСЬЮ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ НАСОСА.**

Купание и душ с зондом

- Ваш поставщик медицинских услуг сообщит вам, когда можно будет обтирать тело влажной губкой или принять душ.
- Чтобы случайно не вытянуть зонд, убедитесь, что он надежно зафиксирован на животе.
- Когда вы принимаете душ, нет необходимости закрывать зонд, при условии что его конец закрыт заглушкой.
- После обтирания губкой или душа тщательно высушите кожу вокруг стомы.
- **ЕСЛИ ВАШ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СКАЖЕТ, ЧТО МОЖНО ПРИНИМАТЬ ВАННЫ,** следите за тем, чтобы зонд не уходил полностью под воду.

Раздел 2

Подготовка к введению питания через зонд

Подготовка к введению питания через зонд

1. Питание через зонд можно вводить сидя, стоя или слегка откинувшись назад. **НИКОГДА** не лежите ровно на спине во время введения питания через зонд и по крайней мере в течение одного часа после этого. Если вы получаете питание через зонд во время сна, голова должна быть приподнята под углом 30–45 градусов.
2. Перед началом введения положите полотенце на колени, так как смесь может пролиться во время введения.
3. Если у вашего зонда есть зажим, убедитесь, что он находится в закрытом положении, прежде чем открывать заглушку на конце зонда. Если у вашего зонда нет зажима, перед снятием заглушки пережмите зонд пальцами, чтобы не вытекло содержимое желудка или кишки. (Будьте готовы вставить шприц, трубку системы для введения питания гравитационным методом или трубку от насоса в зонд как можно быстрее, чтобы вам не пришлось слишком долго пережимать зонд).

Подготовка смеси

Подготовка порошкообразной смеси

1. В соответствии с инструкциями вашего поставщика медицинских услуг смешайте рекомендуемое количество порошкообразной смеси с правильным количеством воды.
2. Поместите назначенное количество приготовленной смеси в контейнер, используемый для введения питания (шприц, пакет системы для введения питания гравитационным методом или пакет для введения питания с помощью насоса), либо перелейте приготовленную смесь в большой контейнер, накройте его, наклейте этикетку с указанием даты/времени и храните в холодильнике.
3. Подготовленная порошкообразная смесь может храниться при комнатной температуре до 4 часов.
4. Если смесь не используется в течение 24 часов или в соответствии с рекомендациями производителя, выбросьте ее.

Подготовка жидкой смеси

1. Перед открытием протрите верх контейнера чистым влажным бумажным полотенцем.
2. Поместите назначенное количество смеси в контейнер для введения питания (шприц, пакет системы для введения питания гравитационным методом или пакет для введения питания с помощью насоса).
3. Следуйте инструкциям по хранению на стр. 18.
4. Если вы используете не всю смесь, напишите дату/время на контейнере, накройте его и храните в холодильнике.

Использование блендерированной смеси

Блендерированная смесь — это свежая некоммерческая домашняя еда, приготовленная в блендере, или коммерческий блендерированный продукт питания. Производители насосов для энтерального питания не рекомендуют использовать блендерированные продукты с такими насосами. Из-за различной консистенции использование блендерированной еды домашнего приготовления может привести к закупорке зонда или препятствовать работе оптического датчика на насосе для энтерального питания. Option Care Health настоятельно советует ознакомиться с рекомендациями производителя в отношении использования блендерированной смеси с вашим насосом для энтерального питания. **НЕСОБЛЮДЕНИЕ рекомендаций производителя может привести к задержке введения питания и (или) к повреждению насоса для энтерального питания. Обратите внимание, что в случае повреждения насоса для энтерального питания расходы на его ремонт или замену могут быть возложены на вас.**

Раздел 3

Введение питания через зонд

Методы введения питания через зонд¹

Введение питания через зонд может осуществляться тремя различными методами. Ваш поставщик медицинских услуг поможет вам выбрать наиболее подходящий метод и расскажет о действиях, которые необходимо выполнять при каждом введении питания через зонд.



1. Болюсное введение питания с помощью шприца/воронки

Введение смеси может осуществляться гравитационным методом (самотеком) через воронку или медленно с помощью шприца для энтерального питания.



2. Введение питания гравитационным методом

При гравитационном методе введения питания для выталкивания смеси из подающей системы (пакета со смесью и трубки) в зонд используется только давление, создаваемое силой тяжести. Зажим на трубке подающей системы позволяет контролировать скорость подачи или расход смеси.



3. Введение питания с помощью насоса

Введение питания с помощью насоса обеспечивает подачу смеси с постоянной скоростью через зонд в желудок или тонкую кишку. Если у вас Е- или ГЕ зонд, для медленного введения смеси требуется насос, поскольку тонкая кишка не удерживает смесь так, как желудок.

См. дополнительную информацию в полученных инструкциях по введению энтерального питания.

Введение питания через зонд

Принадлежности/соединения ENFit®

ENFit® — это специальное соединительное устройство, предназначенное исключительно для систем для энтерального питания. Оно создано для предотвращения подключения систем, предназначенных для других целей.

В настоящее время все принадлежности для энтерального питания поставляются как с разъемами ENFit®, так и с другими разъемами. Узнайте у своего поставщика медицинских услуг, следует ли вам переходить на систему с разъемами ENFit® и, если да, то когда именно.



Советы по поддержанию чистоты портов зонда с разъемами ENFit®

1. Проверьте порты перед соединением.
2. Прекращайте заполнять систему до того, как жидкость дойдет до конца трубки.
3. Удалите смесь с наконечника/наружной резьбы.
4. Не допускайте попадания жидкости в «мертвое пространство» перед подключением к зонду.
5. Для достижения наилучших результатов чистите систему как минимум один раз в день или когда видны остатки пищи (инструкции по очистке принадлежностей с разъемами ENFit® см. на стр. 19).

Размещение насоса для энтерального питания в рюкзаке



Рис. 1

1. Поместите насос в рюкзак так, чтобы сторона с экраном была обращена к небольшому отверстию спереди (см. рис. 1).



Рис. 2

2. Наполните пакет смесью, выжимая из него как можно больше воздуха, затем надежно закройте крышку.



Рис. 3

3. Поместите пакет со смесью в рюкзак, прижав верхнюю ручку пакета, и закрепите горловину пакета, обхватив ее ремешком на липучке (см. рис. 2).

Примечание. В вашем рюкзаке может быть несколько разных отделений, куда можно поместить пакет со смесью.

4. Заправьте систему, идущую от пакета со смесью, в соответствующие слоты в насосе (см. рис. 3).



Рис. 4

5. Закрепите насос на месте с помощью ремешка на липучке (см. рис. 4).

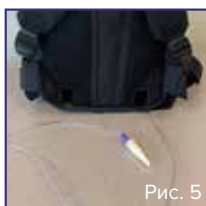


Рис. 5

6. Проденьте выходную трубку из задней части рюкзака на предпочтительной стороне (правой или левой) (см. рис. 5).



Рис. 6

7. Застегните молнию на рюкзаке.

8. Переднее отделение можно не застегивать, чтобы видеть экран насоса или управлять им (см. рис. 6).

Раздел 4

Поддержание насоса для энтерального питания в рабочем состоянии

Использование насоса для энтерального питания

В случае использования насоса вы получите конкретные инструкции от вашей группы медицинских специалистов из Option Care Health. Ниже представлены несколько основных моментов, касающихся правильного использования насоса:

- Используйте только те системы, которые одобрены для вашего насоса.
- Расположите трубки, шнуры насосов и кабели таким образом, чтобы они не перегибались и не спутывались.
- Закрепите избыточную длину трубки, чтобы предотвратить риск случайного удушья.
- Ознакомьтесь с предупреждающими сигналами на вашем насосе и узнайте, что делать, если они сработают.
- Никогда не игнорируйте предупреждающий сигнал насоса.
- Научите других людей, которые помогают вам, управлять вашим насосом.
- Никогда не открывайте крышку и не вскрывайте внешний корпус насоса.
- Не допускайте падения насоса или удара о твердую поверхность.
- Не допускайте попадания влаги в насос.
- Если ваш насос подключается к сети, подключайтесь к трехконтактной розетке, чтобы аккумулятор оставался заряженным.
- Никогда не используйте удлинитель.

Очистка насоса для энтерального питания

Зону заправки системы в энтеральный насос следует чистить еженедельно или при заметном загрязнении. Следуйте приведенным ниже инструкциям перед заправкой системы.

1. Отсоедините зарядный шнур от насоса для энтерального питания.
2. Используя чистую влажную (не мокрую) тканевую салфетку, аккуратно очистите зону заправки системы в насос; обязательно тщательно очистите слоты для трубок насоса.
3. Используя чистую, влажную (не мокрую) тканевую салфетку, аккуратно очистите черное рабочее колесо.
4. Протрите стенки и дно насоса чистой влажной (не мокрой) тканевой салфеткой.

Поддержание насоса для энтерального питания в рабочем состоянии

Безопасность оборудования

При использовании насоса для энтерального питания или другого медицинского оборудования убедитесь, что вы используете его безопасным и эффективным образом. Также важно иметь запасной план на случай чрезвычайной ситуации.

Электробезопасность

Для большинства видов медицинского оборудования требуется использование заземленной трехконтактной электрической розетки или трехконтактного устройства защиты от перенапряжения. Ниже приведено еще несколько советов, которые помогут вам безопасно использовать медицинское электрооборудование:

- Не допускайте попадания воды на оборудование.
- Не используйте оборудование в ванной комнате.
- Никогда не прикасайтесь к оборудованию или проводам мокрыми руками.
- Следите за тем, чтобы электрические шнуры не находились там, где ходят люди.
- Никогда не подключайте медицинское оборудование к удлинителям.
- Никогда не используйте медицинское оборудование с изношенными электрическими шнурами или шнурами с поврежденной изоляцией.
- Если в доме есть кислород или другое медицинское оборудование с электрическим приводом, зарегистрируйтесь в местной пожарной службе и коммунальной компании.

Отключения электроэнергии

На случай отключения электроэнергии необходимо принять меры, благодаря которым ваша домашняя терапия не будет прервана.

1. Если вы получаете питание с помощью насоса для энтерального питания, следует знать следующее:
 - Обращаем ваше внимание на то, что в таких насосах есть внутренняя резервная батарея, которая постоянно заряжается при включенном электричестве. После отключения электричества заряда резервной батареи обычно хватает на четыре-восемь часов.
 - **При неисправности насоса или отсутствии электропитания можно использовать пакет для введения питания гравитационным методом в случае нештатной ситуации.** Подробную информацию о том, как пользоваться пакетом для введения питания гравитационным методом в случае нештатной ситуации, см. в инструкции к вашему пакету для введения питания гравитационным методом в случае нештатной ситуации.
2. Позвоните в Option Care Health, если вам потребуется дополнительная помощь в связи с работой насоса или принадлежностями к нему.

Раздел 5 Непрерывность обслуживания и важные факторы, которые необходимо принимать во внимание

Заказ, хранение и обращение со смесями и принадлежностями для их введения

В рамках наших услуг координатор-нутриционист из Option Care Health будет связываться с вами каждый месяц, чтобы организовать доставку смеси и принадлежностей для ее введения к вам домой. Во время этого звонка он проверит ваш запас смеси и принадлежностей для ее введения, расспросит о процедуре введения и переносимости смеси, обсудит ваши потребности в пополнении запаса и договорится о дате доставки.

Убедитесь, что ваша голосовая почта работает, и обязательно проверяйте свои сообщения.

- Также важно каждую неделю самостоятельно проверять запас смеси и принадлежностей для ее введения. Составляйте список всего, что вам нужно будет заказать в ближайшее время.
- Позвоните нам, если вам не хватит смеси или принадлежностей для введения питания через зонд до следующей доставки.



Доставка

Мы предлагаем несколько вариантов доставки необходимой вам смеси и принадлежностей для ее введения. В зависимости от вашего местонахождения и времени, необходимого для удовлетворения ваших потребностей, доставка может быть осуществлена UPS®, FedEx®, проверенным курьером или группой доставки нашей службы инфузионной терапии.

Непрерывность обслуживания и важные факторы, которые необходимо принимать во внимание

С нашей помощью вы можете легко получить все, что вам нужно

1. Как только ваш заказ будет размещен, вы получите 30-дневный запас смеси и принадлежностей. Доставка будет осуществляться один раз в месяц.
2. **НЕМЕДЛЕННО ЗВОНИТЕ НАМ** в случае госпитализации, изменения количества используемой смеси или непереносимости смеси, признаками которой являются тошнота, рвота, диарея или запор (если только эти симптомы не являются результатом заболевания, не связанного с вашей потребностью в зондовом питании).
3. Если вы планируете путешествовать, мы готовы обеспечить вам обслуживание и поддержку в режиме 24/7/365 по всей территории Соединенных Штатов. (Воспользуйтесь советами для путешественников на стр. 25 или позвоните нам, чтобы получить дополнительную информацию.)
4. В случае изменения вашего режима питания через зонд мы будем работать с вашим поставщиком медицинских услуг, чтобы получить новое назначение и сделать запрос на получение разрешения у вашей страховой компании на предоставление нового продукта. Этот процесс может занять от одного до семи дней или дольше. **Важно, чтобы вы уведомляли нас об изменениях заранее, потому что только в этом случае мы сможем обеспечить достаточный запас смеси.**
5. Если ваша страховая компания дает разрешение на запасной гастростомический зонд или его замену, позвоните нам, когда будете использовать его, чтобы мы могли доставить вам другой запасной зонд.
6. Если мы предоставляли вам насос, позвоните нам, как только ваша терапия будет завершена, чтобы мы могли забрать его. В случае невозврата насоса с вас могут взыскать его стоимость.

Распаковка заказа

- Соблюдайте осторожность при вскрытии коробок, чтобы не повредить пакеты со смесью или принадлежности.
- Распаковывайте вновь доставленные посылки и внимательно осматривайте полученные пакеты со смесью и принадлежности, как только они придут.
- Обратите внимание, что некоторые заказанные материалы могут отправляться в отдельных упаковках.

Мы соблюдаем требования Фармацевтического управления (Board of Pharmacy) вашего штата, а также требования применимых федеральных нормативных актов и нормативных актов штата, которые запрещают перепродажу или повторное использование отправленной смеси или принадлежностей. Чтобы обеспечить безопасность всех пациентов, мы не можем использовать возвращенную смесь или принадлежности для ее введения, поэтому **МЫ НИ ПРИ КАКИХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ НЕ ПРИНИМАЕМ ИХ ОБРАТНО**. Незамедлительно уведомьте Option Care Health, если получите непригодную для использования смесь или принадлежности, чтобы мы могли быстро заменить их.

Хранение смеси и принадлежностей для ее введения

Храните все доставленные вам материалы в порядке истечения срока годности в чистом сухом месте. Ко времени доставки следующей партии вы должны будете использовать почти всю свою смесь. Всегда держите под рукой запас по крайней мере на 2–3 дня.

Чтобы обеспечить качество и безопасность ваших продуктов для энтерального питания, выполняйте следующие рекомендации:

- Нераспечатанную смесь для энтерального питания следует хранить при комнатной температуре от 66 °F до 77 °F (от 19 °C до 25 °C) или в соответствии с рекомендациями производителя.
- **НЕ** храните смесь в местах, подверженных воздействию прямых солнечных лучей, тепла или влаги.
- **НЕ** допускайте чрезмерного нагревания смеси (свыше 104 °F [40 °C]) или ее замерзания в течение значительного периода времени.
- **НЕ ХРАНИТЕ** смесь для энтерального питания в автомобиле или багажнике автомобиля. Путешествуя в жаркую погоду, храните смесь для энтерального питания в охлаждающем устройстве с пакетами со льдом.
- Используйте свой запас смеси в порядке истечения срока годности. Всегда сначала используйте более старую смесь, а более свежую помещайте в заднюю часть холодильника или зоны хранения и используйте позже. Всегда проверяйте срок годности смеси перед использованием.
- Если смесь для энтерального питания подвергалась воздействию чрезмерного тепла или холода, доведите ее до комнатной температуры. Достаньте из ящика одну упаковку смеси в качестве образца и проверьте ее на герметичность. Встряхните упаковку, перелейте ее содержимое в стакан и визуально проверьте смесь. Если контейнер со смесью протекает или в самой смеси есть комки либо у смеси необычный внешний вид, цвет или запах, не используйте такую смесь.
- **НЕ** используйте смесь, принадлежности или оборудование, которые кажутся непригодными для использования или грязными. Если вам нужна помощь, как можно скорее позвоните своему координатору-нутриционисту из Option Care Health.
- **ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ УПАКОВКИ ХРАНИТЕ СМЕСЬ В ХОЛОДИЛЬНИКЕ.** Большинство смесей можно хранить в холодильнике в течение одного-двух дней, но точные условия хранения указаны на упаковке производителя продукта. Перед использованием обязательно доведите смесь до комнатной температуры. После вскрытия упаковки смесь может оставаться при комнатной температуре и висеть в открытой системе не дольше:
 - двенадцати часов (коммерчески приготовленные жидкие смеси);
 - четырех часов (порошкообразные или жидкие концентрированные смеси, которые разводятся водой, включая грудное молоко) или до момента, когда в смесь добавляется добавка;
 - четырех часов (смеси, предназначенные для кормления детей в возрасте до четырех недель).

Непрерывность обслуживания и важные факторы, которые необходимо принимать во внимание

Очистка принадлежностей для энтерального питания

Шприцы используются для введения смеси для энтерального питания, лекарственных препаратов и воды в зонды. При использовании шприца очень важно соблюдать чистоту. Соблюдение чистоты включает надлежащее мытье рук (см. стр. 3) и надлежащую очистку шприцев до и после каждого использования.

Очистка шприцев

- После использования шприца выньте из него поршень со штоком.
- Вымойте поршень со штоком и цилиндр теплой мыльной водой в чистой емкости и тщательно ополосните.
- Положите цилиндр и поршень со штоком на чистые полотенца и дайте полностью высохнуть на воздухе.
- **НЕ** используйте горячую воду, так как резиновая часть поршня может стать липкой.
- **НЕ** кладите шприцы в посудомоечную машину.

В течение месяца следует использовать не менее четырех шприцев. При **НАДЛЕЖАЩЕЙ ОЧИСТКЕ** один шприц для энтерального питания можно использовать в течение семи дней, после чего его следует выбросить. Не рекомендуется использовать должным образом очищенный шприц дольше одной недели.

Очистка удлинительных инфузионных линий

- Замочите удлинительную инфузионную линию в теплой мыльной воде не менее чем на одну минуту или промойте под краном в течение не менее одной минуты.
- **НЕ** используйте горячую воду и **НЕ** кладите удлинительные инфузионные линии в посудомоечную машину.
- Заполните шприц теплой водой и промойте систему.
- Ополосните удлинительную инфузионную линию, положите на чистое полотенце и дайте полностью высохнуть на воздухе.

Очистка принадлежностей с разъемами ENFit®

- Подготовьте все необходимое для очистки (воду, марлю и щетку).
- Замочите принадлежности с разъемами ENFit® в чистой теплой воде не менее чем на одну минуту или промойте под краном в течение не менее одной минуты.
- Смочите щетку теплой водой и поворачивайте внутри наконечника ENFit® (очищая углубление и канавки наконечника ENFit®) в течение 15 секунд. (Для очистки удлинительной инфузионной линии заполните шприц теплой водой и промойте или прополощите трубку.)
- Вытрите порт и колпачок ENFit® марлей; очистите принадлежности и дайте им высохнуть на воздухе.
- **НЕ** кладите принадлежности с разъемами ENFit® в посудомоечную машину.

Важные советы по безопасности

- Храните смесь и принадлежности в недоступном для детей и домашних животных месте.
- Мелкие детали могут представлять опасность и стать причиной удушья.
- Трубки и шнуры питания создают опасность удушья.
- Готовьте и вводите смесь в местах, где редко проходят люди и где ничто не отвлекает.
- Выбрасывайте использованные или загрязненные принадлежности в пластиковый мешок для мусора и завяжите его сверху.
- **НЕ** храните смеси или принадлежности с истекшим сроком годности. Спросите у своей группы медицинских специалистов из Option Care Health, как утилизировать неиспользованную смесь. Убедитесь, что утилизированная смесь недоступна для детей и домашних животных.

Мониторинг терапии

Вы можете помочь своему поставщику медицинских услуг оптимизировать ваше питание и свести к минимуму побочные эффекты, если будете тщательно записывать все, что касается вашей терапии. При каждом введении питания важно записывать, когда вы его вводите и какое количество смеси вы хорошо переносите. Записывайте все проблемы или побочные эффекты, с которыми вы сталкиваетесь.

Возможно, вам нужно будет отслеживать следующие важные показатели, чтобы убедиться, что цели вашей терапии достигаются. Ваш поставщик медицинских услуг скажет, нужно ли вам отслеживать все эти показатели или только некоторые из них. Вы можете регистрировать эти показатели в листке регистрации данных, связанных с ЭП, или в разделе «Для заметок» в конце данного руководства.

Масса тела

Взвешивайтесь в одно и то же время каждую неделю или согласно указаниям вашего поставщика медицинских услуг. Надевайте одинаковое количество одежды каждый раз, когда взвешиваетесь. Вместе с вашим поставщиком медицинских услуг определите вашу целевую массу тела и цели по набору, снижению или поддержанию массы тела. Внезапное увеличение массы тела может означать задержку жидкости в организме.

Количество потребляемой и выделяемой жидкости

Ваш поставщик медицинских услуг может попросить вас вести ежедневный учет жидкости. Потребляемая жидкость — это вся жидкость, которую вы потребляете с едой или выпиваете через рот

и (или) вводите через зонд. Выделяемая жидкость — это жидкость, которую выделяет организм в виде мочи, жидкого стула, выделений из зонда или из стомы, фистулы или дренажной трубки. Учет количества потребляемой и выделяемой жидкости должен вестись как можно точнее каждый день. Ваш поставщик медицинских услуг проинструктирует вас о том, какую информацию следует фиксировать.

Анализ крови

У вас могут брать кровь по назначению вашего поставщика медицинских услуг, чтобы контролировать ваше состояние.

Непрерывность обслуживания и важные факторы, которые необходимо принимать во внимание

Осложнения: что делать и как не допустить

Этот раздел посвящен некоторым из наиболее частых осложнений, возникающих при зондовом питании. Здесь также приведены советы о том, как с ними справляться. Нарушение нормальной работы кишечника может быть результатом питания через зонд, однако работа кишечника должна нормализоваться через несколько дней, когда вы привыкнете к смеси. Получение необходимого количества жидкости важно для профилактики обезвоживания и поддержания нормальной работы кишечника.

Диарея

Диарея — это частый жидкий или водянистый стул. Она может сопровождаться спазмами в животе или чувством распирания. Также можно ощущать урчание или бурление в животе. Если у вас три или более жидких стула в течение 24 часов, **обратитесь к своему поставщику медицинских услуг.**

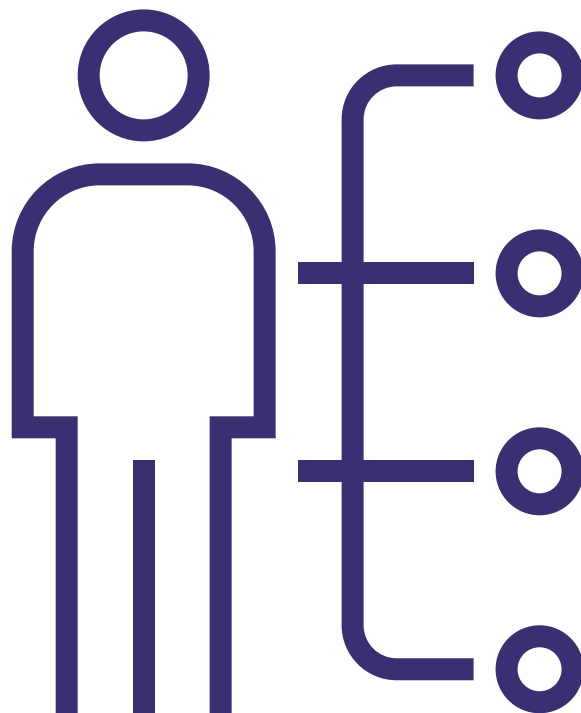
Запор

Запор — это опорожнение кишечника реже, чем обычно, или трудности с отхождением стула. У некоторых людей, находящихся на зондовом питании, опорожнение кишечника происходит реже, чем при обычном питании. Вы может ощущать распирание и дискомфорт. Если запор не проходит в течение пяти дней, **обратитесь к своему поставщику медицинских услуг.**

Тошнота

Тошнота — это ощущение дурноты в желудке с позывами к рвоте. Тошнота может появляться, если питание вводится слишком быстро, за один раз вводится слишком много смеси или смесь слишком холодная.

Если тошнота появляется **во время введения питания**, прекратите введение на 30–60 минут. Если тошнота не пройдет в течение 24 часов, **обратитесь к своему поставщику медицинских услуг.**



Обезвоживание

Обезвоживание может наступить, когда организм теряет больше жидкости, чем потребляет. Причиной обезвоживания могут стать лихорадка, рвота, диарея, прием лекарственных препаратов или просто потребление недостаточного количества жидкости.

Основными признаками возможного обезвоживания являются жажда, сухость во рту и сухость губ, а также уменьшение количества выделяемой мочи, темная моча или моча с резким неприятным запахом. Обезвоживание может сопровождаться слабостью, головокружением или быстрым снижением массы тела. **При появлении какого-либо из этих симптомов позвоните своему поставщику медицинских услуг.**

Аспирация

Смесь можно случайно вдохнуть в легкие. Попадание смеси в легкие называется аспирацией. Причиной аспирации могут стать отрыжка небольших количеств смеси или рвота.

Аспирация опасна. **ЕСЛИ ВЫ НАЧНЕТЕ ЗАДЫХАТЬСЯ, НЕМЕДЛЕННО ПРЕКРАТИТЕ ВВОДИТЬ ПИТАНИЕ.** Сядьте или лягте на бок и **НЕМЕДЛЕННО** обратитесь к своему поставщику медицинских услуг за инструкциями. **ЕСЛИ У ВАС ОДЫШКА ИЛИ ВАМ ТРУДНО ДЫШАТЬ, ЗВОНИТЕ В СЛУЖБУ 911.** Для предупреждения аспирации:

1. Никогда не лежите ровно на спине во время введения питания через зонд.
2. Перед введением смеси проверьте правильность расположения зонда.
3. Никогда не вводите питание, если есть чувство распирания, расстройство желудка или рвота.
4. Не вводите питание, если вы кашляете или икаете.

Непрерывность обслуживания и важные факторы, которые необходимо принимать во внимание

Зонд сместился или выпал

Если зонд полностью выпал, обратитесь в отделение экстренной медицинской помощи вашей больницы. Очень важно заменить зонд в течение двух-четырех часов, иначе стома может закрыться. Не вставляйте свой зонд обратно, если ваш поставщик медицинских услуг не научил вас, как это делать. Если ваш зонд выпал только частично:

- Не промывайте зонд и не используйте его для введения питания.
- Измерьте, насколько трубка сместилась, и запишите данные измерения наряду с предыдущими измерениями в листке регистрации данных, связанных с ЭП, в конце этого руководства.
- Прикрепите зонд лейкопластырем к коже, чтобы он меньше двигался.
- Сразу же позвоните своему поставщику медицинских услуг.

Если не было иных указаний, звоните своему поставщику медицинских услуг в следующих случаях:

- Вы задыхаетесь или вам трудно дышать.
- Зонд закупорился, сломался или случайно был извлечен.
- Тошнота или расстройство желудка не проходит в течение 24 часов.
- У вас частая рвота или вы часто кашляете.
- У вас три или более жидких стула в течение 24 часов.
- Запор не проходит в течение пяти дней.
- У вас повышенная температура, озноб, потливость или слабость.
- У вас признаки обезвоживания.
- Кожа вокруг стомы покраснела и воспалилась, есть отек, выделения или подтекание (за исключением того, что было описано как нормальное при первом введении трубки) либо вы заметили:
 - кровь в зонде или вокруг него;
 - необычные или зловонные выделения из стомы;
 - подтекание смеси или содержимого желудка вокруг зонда;
 - выпячивание ткани вокруг зонда.
- У вас непреднамеренное снижение или прибавка массы тела более чем на пять фунтов в месяц.
- Что-то вынуждает вас не вводить питание в течение более 24 часов.

Как радоваться жизни

Вначале может показаться, что вся ваша жизнь вращается вокруг зондового питания. По мере того как вы будете лучше осваивать процесс, скорее всего, наступит момент, когда зондовое питание станет обычной частью вашей повседневной жизни. Ниже приведено несколько советов о том, как сохранить позитивное отношение к жизни, когда зондовое питание становится ее частью. Информация в этом разделе поможет вам сформировать более жизнеутверждающее отношение и повысить вашу способность справляться с трудностями.

Лично принимайте участие в процессе

Чем больше вы будете участвовать в ежедневном процессе, тем быстрее сможете вернуться к занятиям, которыми вам нравилось заниматься до начала зондового питания. Даже если вам нужна помощь лица, осуществляющего уход за вами, обязательно открыто поговорите с ним или с ней, чтобы выяснить, как вы можете играть более активную роль в вашем зондовом питании.

Позвольте себе выговориться

В начале зондового питания вас могут захлестнуть эмоции. Гнев, отчаяние, разочарование и тревога — это лишь некоторые из эмоций, которые вы можете испытывать. Независимо от того, решите ли вы вести дневник и записывать свои чувства, обратиться за духовной помощью или поговорить с лицензированным психотерапевтом, вам нужно высказать все, что вы чувствуете. Многие люди, которые получают питание через зонд, впадают в депрессию. Если у вас есть какие-либо признаки или симптомы депрессии, незамедлительно обратитесь за помощью к своему поставщику медицинских услуг.

Расширьте круг своих увлечений

Очень важно получать поддержку от других людей. Участие в группах поддержки, встречи с друзьями и родственниками и даже волонтерство могут помочь поднять вам настроение. Обсудите со своим поставщиком медицинских услуг варианты физической нагрузки. Если вы не можете заниматься прежними хобби или любимыми развлечениями, сейчас самое подходящее время научиться чему-то новому, что позволит вам быть активными и увлеченными.

Не отказывайте себе в маленьких удовольствиях

Усердно работая над включением зондового питания в свою жизнь, вы можете забыть о других своих потребностях. Примите решение делать что-то приятное для себя каждый день. Найдите время, чтобы побаловать себя, сделайте маникюр или стрижку.

Не отказывайтесь от общения с друзьями и родными

То, что теперь вы едите по-другому, совсем не означает, что вы не можете получать удовольствие от встреч с друзьями, как раньше. Многим пациентам, получающим зондовое питание, по-прежнему нравится готовить еду для своей семьи и присоединяться к ним за обедом. Друзья и члены семьи могут не решаться есть в вашем присутствии или приглашать вас на ужин, поэтому будьте с ними откровенны и дайте им понять, что вы чувствуете.

Обращайтесь к нам

Спросите своего диетолога из Option Care Health, можно ли упростить режим питания с учетом ваших меняющихся потребностей и образа жизни, например сократить время использования насоса или ограничить количество кормлений в день. Мы стремимся улучшить качество вашей жизни, удовлетворяя при этом все ваши потребности в питании.

Непрерывность обслуживания и важные факторы, которые необходимо принимать во внимание

Как путешествовать в период получения зондового питания

Путешествовать в период получения зондового питания может быть непросто. Научитесь получать удовольствие от путешествий, находясь на зондовом питании. Планируйте путешествие заранее и знайте, чего ожидать.

1. Прежде чем отправиться в дорогу, проконсультируйтесь с вашим поставщиком медицинских услуг, чтобы определить, целесообразно ли это делать, и узнать, как справляться с чрезвычайной ситуацией во время путешествия. Возможно, вам будет полезно попросить вашего поставщика медицинских услуг написать письмо с разъяснением, сколько вам потребуется принадлежностей и смеси на то время, в течение которого вы будете путешествовать. Возьмите с собой копию письма вместе со своими принадлежностями.
2. Подготовьтесь к возможной чрезвычайной ситуации, разработав план действий. Определите, где находятся больницы по вашему маршруту и рядом с местами, где вы будете останавливаться. Обсудите со своим поставщиком медицинских услуг действия, которые нужно будет предпринять в случае, если вы заболете или не сможете вводить смесь для зондового питания во время путешествия.
3. Заранее подготовьте список всего, что вам потребуется для введения питания. Возьмите с собой дополнительное количество часто используемых принадлежностей на случай утери или повреждения. Если вы пользуетесь насосом для введения питания, позвоните своему координатору-нутриционисту из Option Care Health, чтобы узнать, целесообразно ли вам брать с собой пакет для введения питания гравитационным методом. При необходимости узнайте, есть ли в месте, куда вы направляетесь, холодильное оборудование для хранения открытого пакета с неиспользованной смесью.
4. Во многих случаях Option Care Health может доставить вам смесь и принадлежности для ее введения, где бы вы ни находились. Позвоните нам заранее перед поездкой и сообщите, куда вы направляетесь. Вполне возможно, что мы сможем доставить вам ваш заказ немного раньше или отправить его в то место, куда вы направляетесь. **Мы не можем осуществлять доставку за пределы Соединенных Штатов.**

Советы для путешествующих самолетом

- Приезжайте в аэропорт пораньше, так как для прохождения досмотра может потребоваться дополнительное время.
- Большинство принадлежностей для зондового питания пропускают через контрольно-пропускные пункты службы безопасности после проверки рентгеновским сканером или осмотра.
- Перевозите смесь для зондового питания и принадлежности для ее введения отдельно от другого багажа, чтобы упростить досмотр.
- Заранее сообщите о своем багаже сотруднику службы безопасности, так как сканирование рентгеновским аппаратом может вывести насос для введения питания из строя. Инспекторы контрольно-пропускных пунктов безопасности могут протестировать ваш насос или провести более тщательный осмотр по соображениям безопасности.
- Рассмотрите возможность получения «Карточки-уведомления об инвалидности» Администрации транспортной безопасности (Transportation Security Administration, TSA) для предоставления информации о состоянии вашего здоровья, инвалидности или наличии медицинского устройства. Передайте эту карточку представителю TSA по прибытии на контрольно-пропускной пункт, чтобы сотрудники службы безопасности знали, что они должны будут уделить вам особое внимание в процессе досмотра. Эта карточка не освобождает вас от какой-либо части процесса досмотра, но она незаметно предупредит их о ваших потребностях.

Посетите веб-сайт optioncarehealth.com, чтобы ознакомиться с разделом «Советы для путешественников, получающих нутритивную поддержку, и путешественников, получающих зондовое питание, включая контрольный список».

Раздел 6

Ресурсы по нутритивной поддержке

Фонд Oley (Oley Foundation)

www.oley.org
518.262.5079

Фонд Oley предоставляет своим более чем 24,000 членам важную информацию по таким темам, как научные исследования, медицинское страхование и достижения в области медицины. Фонд также помогает людям, получающим внутривенное питание и питание через зонд, преодолевать такие проблемы, как неспособность есть и измененное восприятие тела. Все программы фонда Oley предлагаются бесплатно пациентам и их семьям.

Американский фонд борьбы с болезнью Крона и язвенным колитом (Crohn's and Colitis Foundation of America)

www.ccfa.org
800.932.2423

Американская ассоциация по изучению инсульта (American Stroke Association)

www.stroke.org
800.787.6537

Американское онкологическое общество (American Cancer Society)

www.cancer.org
800.227.2345

Abbott Nutrition (смеси для энтерального питания)

www.abbottnutrition.com
800.227.5767

Nestle Nutrition (смеси для энтерального питания)

www.nestle-nutrition.com
800.422.2752

Cardinal Health (производитель насосов и принадлежностей для энтерального питания)

www.cardinalhealth.com
www.kangaroopumptraining.com
800.964.5227

Moog (производитель насосов и принадлежностей для энтерального питания)

www.moog.com
www.infinityfeedingpump.com
800.970.2337

Avanos (производитель принадлежностей для энтерального питания)

www.tubefed.com
844.4Avanos

Фонд поддержки больных боковым амиотрофическим склерозом (ALS Association)

www.alsa.org
800.782.4747

Ассоциация по проблемам мышечной дистрофии (Muscular Dystrophy Association)

www.mda.org
800.572.1717

Раздел 7

Другие важные факторы, которые необходимо принимать во внимание

Как избежать падений дома

Упасть может каждый и в любое время. Сколько бы вам ни было лет и каким бы ни было ваше здоровье, существует ряд способов, используя которые вы или лицо, осуществляющее уход за вами, можете снизить риск падений.

Причинами падений могут быть:

- плохое зрение или плохой слух;
- возрастная немощь (65 и более лет);
- заболевания или проблемы со здоровьем, которые влияют на силу и равновесие;
- падения в прошлом;
- использование вспомогательных средств для ходьбы, например трости или ходунков;
- побочные эффекты некоторых лекарственных препаратов;
- проблемы с мочевым пузырем (желание побыстрее добраться до туалета);
- плохое питание;
- опасные условия дома.



Как сделать дом безопасным

Часто падения можно было бы предотвратить, особенно падения, причиной которых стали те или иные предметы в доме. Даже незначительные изменения, например перестановка мебели с целью освободить все проходы и снятие напольных ковриков, могут значительно снизить риск падений.

Ниже приведены рекомендации по снижению риска падения в доме, которыми вы можете воспользоваться.

Освещение

- Убедитесь, что ваш дом хорошо освещен, и замените тусклые или перегоревшие лампочки.
- Держите фонарик поблизости на случай чрезвычайной ситуации.
- Обеспечьте хорошее освещение коридоров, лестниц и других мест, где чаще всего ходят люди, проживающие в доме.
- Используйте ночники в коридорах и туалетах.

Полы

- Уберите напольные коврики.
- Следите за тем, чтобы полы не были загромождены.
- Сразу же вытирайте пролитую воду или другие жидкости.
- Не натирайте полы воском.
- Закрепите или снимите все незакрепленные ковры или напольные покрытия.
- Уберите электрические шнуры и шланги пылесоса с проходов.

Коридоры и лестницы

- Пользуйтесь поручнями, когда поднимаетесь или спускаетесь по лестнице.
- Отремонтируйте все плохо закрепленные ступеньки или шаткие перила.
- Пометьте края ступенек нескользящими накладками или светоотражающей лентой.
- Никогда не несите вверх или вниз по лестнице ничего, что ограничивает поле зрения.

Спальня

- Используйте хлопчатобумажное постельное белье вместо белья из скользких материалов, например из шелка.

Ванная комната

- Установите поручни в ванне, душе и в туалетной зоне.
- Никогда не хватайтесь за вешалку для полотенец или мыльницу и не опирайтесь на них.
- Используйте высокую насадку на унитаз с подлокотниками, чтобы легче было подниматься и опускаться.
- Используйте стульчик для душа и ручную душевую лейку.
- Используйте нескользящие коврики в ваннах и душевых кабинах.
- Используйте мыло на веревке или навесные дозаторы средств для мытья тела.
- Не запирайте дверь ванной комнаты на случай, если кому-то понадобится зайти к вам.

Другие советы

- Носите обувь или тапочки с нескользящей подошвой.
- Не пользуйтесь табуретами или стремянками.
- Отремонтируйте потрескавшиеся, разбитые или неровные тротуары и пешеходные дорожки.
- Если вы пользуетесь тростью или ходунками, обязательно меняйте изношенные резиновые наконечники.
- Обязательно носите очки или контактные линзы, если они вам нужны, но перед прогулкой снимайте очки для чтения.
- Носите одежду, которая хорошо сидит.
- Не вставайте, если у вас кружится голова.
- Всегда вставайте медленно.

Другие важные факторы, которые необходимо принимать во внимание

Готовность к чрезвычайной ситуации

В случае крупного бедствия Option Care Health сделает все возможное, чтобы обеспечить вашу безопасность и защиту.

В рамках подготовки к такой ситуации мы просим вас сделать следующее.

Как подготовиться к чрезвычайной ситуации

- Подготовьте список телефонных номеров экстренных служб (поставщиков медицинских услуг, аптек, полиции, пожарной службы, скорой помощи и коммунальных компаний).
- Запишите на бумаге контактный номер телефона за пределами штата.
- Заранее договоритесь о месте встречи членов вашей семьи.
- Сделайте запас своих личных лекарственных препаратов как минимум на семь дней, включая инсулин, обезболивающие и кислород (если они назначены вашим поставщиком медицинских услуг).
- Сделайте запас еды и воды как минимум на три дня.
- Приготовьте фонарик, радио на батарейках и дополнительные батарейки на случай отключения электричества.
- Соберите аптечку первой медицинской помощи для вашего дома.
- Приготовьте как минимум одну полную смену одежды и обуви на человека.
- Приготовьте одеяла и постельные принадлежности.
- Приготовьте санитарно-гигиенические средства и инструменты на случай чрезвычайной ситуации.

Что делать, когда обрушивается бедствие

- Немедленно эвакуируйтесь, если поступит такое распоряжение.
- Слушайте радио и выполняйте инструкции по действиям в чрезвычайной ситуации.
- Звоните в службу 911, если вам понадобится экстренная медицинская помощь.
- Пройдите в ближайшее укрытие или больницу.
- Возьмите с собой все лекарственные препараты, инфузионные принадлежности и оборудование.
- Сообщите Option Care Health о вашем местонахождении как можно скорее (если это возможно, Option Care Health предоставит услуги в соответствии с назначениями).

Что делать после бедствия

1. Проверьте наличие травм, окажите первую помощь серьезно травмированным людям и вызовите им скорую помощь.
2. Проверьте свой дом на наличие повреждений, например утечек газа, разливов, опасности пожара, проблем с электричеством и бытовых опасностей.
3. Сообщите Option Care Health, где вы находитесь.

Раздел 8 Участие в принятии решений о своем лечении

Вы имеете право сказать «да» или «нет» любому варианту лечения

Медицинские работники предоставляют информацию, которая помогает вам принимать решения о вашем лечении. Они также могут советовать вам те или иные варианты лечения. Ваш поставщик медицинских услуг обсудит с вами риски и пользу лечения, а также все доступные альтернативы. Вы имеете право сказать «да» или «нет» любому варианту лечения.

Юридические аспекты предварительных распоряжений

Иногда состояние здоровья может ухудшаться до такой степени, что люди больше не могут общаться или принимать решения о своем лечении. Возможно, вы захотите оформить предварительные распоряжения заранее, чтобы быть готовым на случай ухудшения состояния. Предварительные распоряжения — это юридические документы, в которых вы выражаете свои пожелания на случай, если вы когда-либо не сможете сделать это самостоятельно.

К предварительным распоряжениям относятся:

- долгосрочная доверенность на принятие решений в отношении медицинского вмешательства, в которой указано лицо, которому вы доверили принимать медицинские решения вместо вас, когда вы будете не в состоянии делать это самостоятельно;
- прижизненное волеизъявление с указанием методов лечения или процедур, которые вы хотели бы получать в случае тяжелого или терминального заболевания;
- распоряжение об отказе от реанимации (или «DNR»), которое представляет собой просьбу не реанимировать в случае остановки сердца или дыхания.

Эти документы становятся частью вашей медицинской карты и вступают в силу, если возникает необходимость. Вы можете оформить эти документы у своего адвоката, в офисе поставщика медицинских услуг или в местной больнице.

Раздел 9

Знайте свои права и обязанности

В дополнение к праву принимать решения о своем медицинском обслуживании, у вас, как у пациента, есть ряд других прав и обязанностей.

Права пациента

- Право пользоваться своими правами (семья/опекун могут пользоваться правами пациентов, которые были признаны недееспособными).
- Право заблаговременно получать полную информацию о предоставляемых услугах или медицинском обслуживании, в том числе о профиле специалиста, который будет оказывать услуги и частоте его посещений, а также о любых изменениях в плане оказания услуг или медицинского обслуживания.
- Право знать о политике и характеристиках программы ведения пациентов.
- Право на получение информации об услугах на дому или услугах хосписа (в зависимости от конкретного случая), покрываемых программой Medicare.
- Право на получение информации и участие в разработке и периодическом пересмотре плана медицинского обслуживания/предоставления услуг.
- Право отказаться от медицинского обслуживания или лечения после того, как последствия отказа от обслуживания или лечения (в зависимости от конкретного случая) будут представлены в полном объеме.
- Право отозвать согласие или отказаться от участия в программе ведения пациентов в любое время.
- Право на получение информации, как в устной, так и в письменной форме, до начала оказания медицинской помощи, о расходах, включая оплату обслуживания или предоставления услуг, ожидаемых от третьих лиц, а также о любых расходах, за которые пациент будет нести ответственность.
- Право на то, чтобы к вашему имуществу и личности относились с уважением и вниманием, уважали ваше чувство собственного достоинства и индивидуальность.
- Право иметь возможность надлежащим образом устанавливать личность приходящих домой сотрудников и говорить с их руководителем после соответствующей просьбы.
- Право не оставаться без должного внимания, не подвергаться жестокому обращению или словесному, психическому, сексуальному и физическому насилию, включая травмы неизвестного происхождения и незаконное присвоение вашего имущества.
- Право высказывать претензии или жалобы в связи с лечением или медицинским обслуживанием, неуважительным отношением к имуществу или рекомендуемыми изменениями в политике, кадрах или услугах/медицинском обслуживании без ограничений, вмешательства, сдерживания, дискриминации или актов возмездия.
- Право на рассмотрение претензий или жалоб в связи с предоставлением (либо непредоставлением) лечения или медицинского обслуживания, а также в связи с неуважительным отношением к имуществу.
- Право выбирать поставщика медицинских услуг, включая выбор лечащего врача.

Права пациента (продолжение)

- Право на конфиденциальность и защиту всей информации, содержащейся в медицинской карте пациента, и защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI), а также на предоставление персональных данных только в соответствии с законодательством штата и федеральным законодательством.
- Право на получение информации о политике и процедурах Option Care Health в отношении раскрытия данных, содержащихся в клинических документах.
- Право на получение надлежащего обслуживания без дискриминации в соответствии с назначениями врача.
- Право на получение информации о финансовых льготах при направлении в организацию.
- Право на получение полной информации о своих обязанностях и обязанностях лица, осуществляющего уход за вами, и (или) законного представителя.
- Право на получение информации об объеме услуг, которые будет предоставлять Option Care Health, и конкретных ограничениях на эти услуги.
- Право на получение административной информации, касающейся изменений в программе ведения пациентов или прекращения ее действия.
- Право на получение информации о ваших правах в соответствии с законодательством штата на оформление предварительных распоряжений с учетом конкретной ситуации. К предварительным распоряжениям также относятся прижизненное волеизъявление, доверенность на принятие решений в отношении медицинского вмешательства и отказ от процедур по поддержанию жизни («DNR»). Предоставление услуг/медицинское обслуживание не может быть запрещено на основании наличия или отсутствия предварительного распоряжения.
- Право на получение информации об ожидаемых результатах лечения и о любых препятствиях в достижении результата в связи с предоставляемой услугой.
- Право на получение эффективного обезболивания и контроль симптомов при состояниях, связанных с неизлечимой болезнью, в зависимости от конкретных обстоятельств.
- Право на получение информации о ваших правах в отношении сбора данных и отчетности, выполняемых с помощью инструмента/базы данных для оценки результатов OASIS (Outcome and Assessment Information Set), который предназначен только для оценки результатов услуг на дому, сертифицированных Medicare.
 1. Право на получение информации о самом факте сбора данных для базы данных OASIS и о цели такого сбора.
 2. Право на конфиденциальность и защиту данных.
 - Право на получение информации о том, что данные из базы данных OASIS не будут раскрываться, за исключением законных целей, разрешенных Законом о неприкосновенности частной жизни (Privacy Act).
 - Право не отвечать на конкретный вопрос.
 - Право видеть и просматривать свою оценку, а также делать запрос на внесение изменений в нее.
- Право на получение полной информации о своих правах.

Знайте свои права и обязанности

Обязанности пациента

Чтобы обеспечить вам качественное обслуживание и оказывать качественные услуги, мы должны работать вместе как единая команда. Ваши обязанности как пациента включают следующее:

Предоставление информации.

Вы и представляющие вас лица (т. е. родители, законный опекун, лицо, назначенное действовать от имени пациента, или законный представитель, назначенный пациентом в соответствии с законодательством штата) несете ответственность за предоставление Option Care Health точной и полной информации относительно следующего:

1. Состояние здоровья пациента.
2. Изменение номера вашего телефона или номера телефона/адреса представляющих вас лиц, включая переезд в учреждение квалифицированного сестринского ухода или госпитализацию.
3. Любые изменения в ваших лекарственных препаратах, включая препараты, отпускаемые по рецепту или без рецепта, домашние или растительные лекарственные средства.
4. Обновление информации о враче, назначившем лечение, или о страховом покрытии.
5. Виды необходимых услуг.
6. Ваше понимание курса лечения, указанного в вашем плане обслуживания.
7. Физические условия в вашем доме, которые могут помочь персоналу обеспечить медицинское обслуживание или оказание услуг.
8. Подача любых форм, необходимых для участия в программе ведения пациентов, в объеме, предусмотренном законом.
9. Уведомление лечащего поставщика медицинских услуг об участии в программе ведения пациента, если применимо.

Соблюдение инструкций.

Вы и представляющие вас лица несете ответственность за соблюдение рекомендованного плана обслуживания, клинических инструкций и инструкций производителя оборудования.

Отказ от обслуживания или несоблюдение режима лечения.

Вы и представляющие вас лица несете ответственность за свои действия, если вы отказываетесь от обслуживания и услуг или не соблюдаете назначенное лечение.

Финансовые вопросы.

Вы и представляющие вас лица несете ответственность за выполнение финансовых обязательств по счетам за медицинское обслуживание, предоставляемое Option Care Health, в кратчайшие сроки. Вы несете ответственность за информирование Option Care Health о смене страховой компании или изменениях в страховом покрытии в течение периода обслуживания или предоставления услуг.

Уход за оборудованием, предоставленным Option Care Health.

Не все оборудование, используемое в рамках вашего обслуживания, приобретается вашей страховой компанией. В некоторых случаях оно предоставляется в аренду. Вы и представляющие вас лица несете ответственность за уход за арендованным оборудованием в вашем доме согласно инструкциям, полученным при первоначальной настройке такого оборудования. По окончании вашей терапии персонал Option Care Health позаботится о том, чтобы оборудование забрали. В ваши обязанности и обязанности представляющих вас лиц также входит следующее:

- 1.** Никогда не пытайтесь отремонтировать, регулировать какое-либо оборудование или вносить в него изменения. Такие действия приведут к аннулированию всех гарантий, реальных или подразумеваемых.
- 2.** Следуйте инструкциям производителя/руководства по эксплуатации.
- 3.** Уведомьте Option Care Health, когда оборудование больше не понадобится.
- 4.** Верните оборудование в хорошем состоянии.
- 5.** Если оборудование будет утеряно, украдено или повреждено в результате небрежного отношения, вам или представляющим вас лицам будет выставлен соответствующий счет.

Уважение и вежливость.

Вы, лица, осуществляющие уход за вами, и представляющие вас лица несете ответственность за уважение прав и профессиональной чести персонала Option Care Health, независимо от расы, пола, сексуальной ориентации, вероисповедания, возраста, физических недостатков или национального происхождения.

Раздел 10

Аккредитация и качество обслуживания

Предоставление качественного медицинского обслуживания и качественных услуг всем нашим пациентам — главная цель Option Care Health.

Вам были предоставлены номера телефонов и адреса как обслуживающего вас местного отделения, так и головного офиса Option Care Health (см. ниже) для подачи официальной жалобы. Мы своевременноотреагируем на жалобы и предоставим окончательное решение в письменной форме после расследования.

Option Care Health Corporate
3000 Lakeside Drive
Suite 300N
Bannockburn, IL 60015
800.879.6137

Чтобы обеспечить достижение этой цели, инфузионная аптека и сестринские услуги, медицинское оборудование для использования в домашних условиях и инфузионные центры Option Care Health проходят аккредитацию в Accreditation Commission for Healthcare, Inc. (ACHC).

Для вас, как для пациента Option Care Health, это означает, что персонал АСНС на постоянной основе осуществляет контроль и мониторинг качества обслуживания и его соответствие высоким стандартам.

АСНС имеет право получать и рассматривать ваши претензии, жалобы и благодарности. Контактный номер и адрес АСНС указаны ниже, на случай если вы сочтете необходимым обратиться в АСНС.

Accreditation Commission for Healthcare, Inc.
139 Weston Oaks Court
Cary, NC 27513
customerservice@achc.org
855.937.2242

Уведомление о недопущении дискриминации

Option Care Health соблюдает федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации, не отказывает в предоставлении услуг и не относится к людям предвзято на основании их расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола (включая беременность, сексуальную ориентацию и гендерную идентичность).

Чтобы помочь пациентам эффективно общаться с нами, Option Care Health бесплатно предоставляет следующие услуги:

- услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
- письменные материалы в других форматах (крупный шрифт, звуковой формат, удобные для восприятия электронные форматы и другое);
- услуги квалифицированных устных переводчиков;
- печатные материалы на других языках для людей, родным языком для которых не является английский.

Если вам нужны такие услуги, звоните нам по телефону 866.827.8203. Пациентам, испытывающим проблемы с речью или слухом, следует набирать номер 711 и звонить нам по телефону 866.827.8203.

Если вы считаете, что компания Option Care Health не предоставила эти услуги или вы подверглись дискриминации иным образом на основании расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола (включая беременность, сексуальную ориентацию и гендерную идентичность), можете подать претензию по адресу:

Option Care Health's Chief Compliance Officer and Section 504/ADA Coordinator

3000 Lakeside Drive, Suite 300N
Bannockburn, IL 60015
312.940.2526
312.940.2597 (факс)
OC-Compliance@optioncare.com

Вы можете подать претензию лично или отправить по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче претензии, главный специалист по соблюдению требований законодательства компании Option Care Health всегда готов вам помочь.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Отдел гражданских прав (Office for Civil Rights) Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) в электронном формате на портале для жалоб Отдела гражданских прав <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или по телефону (см. ниже):

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800.368.1019
800.537.7697 (TTY)

Бланки жалоб можно найти на веб-сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Подача претензии координатору Option Care Health по делам, связанным с выполнением требований раздела 504 Закона о реабилитации инвалидов/Закона о защите прав американцев с инвалидностью (Americans with Disabilities Act, ADA), не является препятствием для подачи жалобы в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (HHS).

Это заявление сделано в соответствии с положениями титула VI Закона о гражданских правах (Civil Rights Act) 1964 года, раздела 504 Закона о реабилитации инвалидов (Rehabilitation Act) 1973 года, титула II Закона о защите прав американцев с инвалидностью (Americans with Disabilities Act) 1990 года и Закона о недопущении дискриминации по возрасту (Age Discrimination Act) 1975 года.

Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации пациента

Контактная информация специалиста по защите конфиденциальной информации:

Адрес эл. почты: OC-Privacy@optioncare.com
 Телефон специалиста: 888.252.6748
 Option Care Health, Inc.
 Дата вступления в силу: 12 августа 2019 г.

Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.

Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации пациента

В данном уведомлении разъясняется, как может быть использована и раскрыта ваша медицинская информация и как вы можете получить доступ к этой информации.

ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С НИМ.

<p>Ваши права. Положения данного уведомления распространяются на Option Care Health, Inc. и связанные с ней компании, находящиеся в общей долевой собственности или под общим контролем, которые предоставляют медицинские услуги. В целях соблюдения Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (Health Insurance Portability And Accountability Act, HIPAA) эти компании действуют как единая «аффилированная организация, подпадающая под действие закона HIPAA».</p> <p>У вас есть определенные права в отношении вашей медицинской информации. В данном разделе разъясняются ваши права и некоторые из наших обязанностей, связанные с оказанием вам помощи.</p>	
<p>Получить электронную или бумажную копию вашей медицинской карты</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы можете попросить разрешения просмотреть вашу медицинскую карту и другую медицинскую информацию, которая есть у нас, или получить электронную или бумажную копию этих документов. Узнайте у нас, как это сделать. • Мы предоставим копию или краткое изложение вашей медицинской информации, как правило, в течение 30 дней с момента вашего запроса. Мы можем взимать умеренную плату, основанную на затратах. В ряде случаев мы можем отклонить ваш запрос, но вы можете попросить пересмотреть решение об отказе.
<p>Обращаться к нам с просьбой внести изменения в ваши медицинские документы</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы можете попросить нас исправить вашу медицинскую информацию, которая, по вашему мнению, является неправильной или неполной. Узнайте у нас, как это сделать. • Мы можем отклонить ваш запрос, но сообщим вам причину отказа в письменной форме в течение 60 дней.
<p>Просить нас использовать конфиденциальные способы связи</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом (например, по домашнему или рабочему телефону) или отправлять почту на другой адрес. • Мы ответим положительно на все обоснованные просьбы.
<p>Просить нас ограничить использование или передачу информации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы можете попросить нас не использовать или не передавать определенную медицинскую информацию о лечении, оплате или наших операциях. • Мы не обязаны выполнять вашу просьбу и можем отказать вам, если это повлияет на ваше медицинское обслуживание. • Если вы полностью оплачиваете услугу или медицинское изделие, используя собственные средства, то можете попросить нас не передавать эту информацию вашей страховой компании в целях оплаты или осуществления операций. Мы удовлетворим вашу просьбу, если только закон не требует, чтобы мы передавали эту информацию.
<p>Получить список тех, кому мы передавали информацию</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы можете попросить предоставить вам список случаев (отчет) о передаче вашей медицинской информации за период до шести лет до даты запроса с указанием получателя информации и цели передачи. • Если действующие правила не требуют иного, мы включим все случаи передачи информации, за исключением тех, которые касались лечения, оплаты, операций в целях общественного здравоохранения и некоторых других случаев (например, когда информация передавалась по вашей просьбе). Мы предоставим один отчет в год бесплатно, но будем взимать умеренную плату, основанную на затратах, если вы попросите еще один отчет в течение 12 месяцев.
<p>Получить копию этого уведомления о порядке использования конфиденциальной информации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы можете попросить предоставить вам бумажную копию этого уведомления в любое время, даже если вы дали согласие на получение уведомления в электронном формате. Мы незамедлительно предоставим вам бумажную копию.
<p>Выбрать кого-нибудь, кто будет действовать от вашего имени</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Если вы предоставили кому-либо доверенность на принятие решений в отношении медицинского вмешательства или если кто-то является вашим законным опекуном, это лицо может пользоваться вашими правами и принимать решения в отношении вашей медицинской информации. • При необходимости мы примем обоснованно необходимые меры, чтобы убедиться, что данное лицо обладает такими полномочиями и может действовать от вашего имени, прежде чем мы предпримем какие-либо действия.
<p>Подать жалобу в случае нарушения ваших прав</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Если вы считаете, что мы нарушили ваши права на конфиденциальность, вы можете подать жалобу в наш отдел по вопросам конфиденциальности. Для этого нужно отправить письмо по адресу 3000 Lakeside Dr., Suite 300 N, Bannockburn, IL, 60015, позвонить по телефону 1.888.252.6748 или отправить электронное письмо по адресу OC-Privacy@optioncare.com. • Вы также можете подать жалобу в Отдел гражданских прав (Office for Civil Rights) Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services). Для этого нужно отправить письмо по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, позвонить по телефону 1.800.368.1019 или посетить веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. • Мы не будем принимать ответных мер против вас за подачу жалобы.
<p>Ваши предпочтения. Вы можете сообщить нам о своих предпочтениях в отношении передачи определенной медицинской информации. Если у вас есть четкие предпочтения в отношении того, как мы передаем вашу информацию в описанных ниже ситуациях, сообщите о них нам. Расскажите нам, что вы хотите, чтобы мы сделали, и мы выполним ваши пожелания, если это практически осуществимо или требуется по закону.</p>	
<p>Подать жалобу в случае нарушения ваших прав</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Передача информации вашим близким родственникам, друзьям или другим людям, которые, согласно вашим указаниям, имеют отношение к вашему медицинскому обслуживанию. • Передача информации в условиях ликвидации последствий бедствий. • Включение вашей информации в справочник больницы. • Если вы не можете сообщить нам о своих предпочтениях, например если вы находитесь в бессознательном состоянии или недоступны, мы можем передавать вашу информацию, если посчитаем, что это в ваших интересах. Мы также можем передавать вашу информацию, если это необходимо для снижения серьезной непосредственной угрозы здоровью или безопасности.
<p>Если это не разрешено применимым законодательством, мы никогда не передаем вашу информацию без вашего письменного разрешения в следующих случаях:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • в маркетинговых целях (за исключением личного общения или других допустимых действий); • продажа вашей информации; • большая часть документов, связанных с психотерапией.
<p>В случае сбора средств</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Мы можем связаться с вами во время кампаний по сбору средств, но вы можете попросить нас в дальнейшем не связываться с вами по этому поводу.
<p>Использование и раскрытие информации нашей компанией: как мы обычно используем или передаем вашу медицинскую информацию? Обычно мы используем или передаем вашу медицинскую информацию в целях вашего лечения, осуществления наших операций и оплаты. Ниже мы привели несколько конкретных примеров использования или передачи вашей информации, но это далеко не все случаи.</p>	
<p>Ваше лечение</p>	<p>Пример. Наши фармацевты или медсестры могут обсудить ваше медицинское обслуживание или общее состояние здоровья с вашим врачом или другими медицинскими работниками. Такое общение может осуществляться устно, в письменной форме или по электронной почте.</p>

Управление нашей организацией	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и передавать ее в целях обеспечения работы нашей организации, улучшения вашего обслуживания и при необходимости для связи с вами. Мы также можем передавать вашу медицинскую информацию в целях выполнения других медицинских операций, разрешенных законом или нормативными актами. 	Пример. Мы используем медицинскую информацию для управления вашим лечением и услугами.
Выставление счетов за оказанные вам услуги	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для выставления счетов и получения оплаты от планов медицинского страхования или других организаций. 	Пример. Мы предоставляем информацию о вас вашему плану медицинского страхования, чтобы он оплачивал оказываемые вам услуги. <i>Мы можем предоставлять информацию организациям, которые помогают нам взимать оплату.</i>
<p>Как еще мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию? Нам разрешено или от нас требуют передавать вашу информацию в других целях, которые служат общественному благу, например в целях охраны общественного здоровья и проведения научных исследований. Мы должны выполнить множество требований законодательства, прежде чем сможем передать вашу информацию для этих целей. Чтобы получить дополнительную информацию, посетите веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.</p>		
Помощь в интересах общественного здравоохранения и безопасности	<p>Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в определенных ситуациях, например в таких:</p> <ul style="list-style-type: none"> профилактика заболеваний; помощь в отзыве лекарственного препарата; сообщение о побочных реакциях на лекарственный препарат; сообщение о предполагаемом жестоком обращении, невыполнении обязанностей или насилии в семье; предотвращение или уменьшение серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности. 	
Проведение научных исследований	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем использовать или передавать вашу информацию для медицинских исследований в соответствии с законом. 	
Соблюдение законодательства	<ul style="list-style-type: none"> Мы будем передавать информацию о вас, если этого требуют законы штата или федеральные законы, в том числе в Министерство здравоохранения и социального обеспечения (Department of Health and Human Services), если оно захочет убедиться, что мы соблюдаем требования федерального закона о порядке использования конфиденциальной информации. 	
Ответы на запросы о донорстве органов и тканей	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем передавать вашу медицинскую информацию в организации, занимающиеся закупкой органов, и банки тканей. 	
Работа с судебно-медицинским экспертом или руководителем бюро ритуальных услуг	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем передавать медицинскую информацию коронеру, судмедэксперту или руководителю бюро ритуальных услуг, когда человек умирает. 	
Реагирование на запросы, связанные с компенсациями работникам, запросы правоохранительных и других государственных органов	<p>Мы можем использовать или передавать медицинскую информацию о вас:</p> <ul style="list-style-type: none"> в связи с исками о компенсациях работникам; в правоохранительных целях сотрудникам правоохранительных органов или исправительных учреждений; в надзорные органы сферы здравоохранения для осуществления деятельности, разрешенной законом; в органы, выполняющие специальные государственные функции, такие как армия, служба национальной безопасности и служба охраны президента. 	
Реагирование на запросы судебных органов и судебные иски, участие в судебных процессах	<ul style="list-style-type: none"> Мы можем передавать медицинскую информацию в ответ на судебное или административное предписание или на повестку в суд. 	

Другие случаи использования и передачи информации

- Деловые партнеры.** Некоторые медицинские услуги предоставляются по договорам с третьими сторонами, т. е. «деловыми партнерами», которым может потребоваться информация для оказания определенных услуг от нашего имени. Это могут быть поставщики программного обеспечения или технологий, которых мы можем использовать для оказания технической поддержки, адвокаты, предоставляющие нам юридические услуги, бухгалтеры, консультанты, компании по выставлению счетов, коллекторские агентства и другие организации. Когда заключен договор на оказание такой услуги, мы можем передавать вашу защищенную медицинскую информацию таким деловым партнерам и можем разрешить нашим деловым партнерам создавать, получать, хранить или передавать вашу информацию от нашего имени, чтобы деловой партнер мог оказывать нам услуги или для осуществления надлежащего управления и администрирования деловым партнером. Деловые партнеры должны защищать всю медицинскую информацию, которую они получают от нас или создают и хранят от нашего имени. Кроме того, деловые партнеры могут повторно раскрывать вашу медицинскую информацию для собственного надлежащего управления и администрирования, для выполнения своих юридических обязательств и деловым партнерам, которые являются субподрядчиками, для того чтобы они предоставляли услуги деловому партнеру. На субподрядчиков будут распространяться те же ограничения и условия, которые применяются к деловому партнеру. Всякий раз, когда такое соглашение будет предполагать использование или передачу вашей информации нашему деловому партнеру, у нас будет письменный договор с нашим деловым партнером с условиями, направленными на защиту конфиденциальности вашей информации.
- Обезличенная информация.** Мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию для создания обезличенной информации или ограниченных баз данных и можем использовать и передавать такую информацию в соответствии с законом.
- Заключенные.** Если вы находитесь в исправительном учреждении или под надзором сотрудника правоохранительных органов, мы можем предоставить информацию о вас исправительному учреждению или сотруднику правоохранительных органов в соответствии с применимыми законами и правилами.

Наши обязанности

- По закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и сохранность вашей защищенной медицинской информации.
 - Несмотря на то, что мы очень серьезно относимся к конфиденциальности и сохранности данных, иногда что-то идет не так. Мы незамедлительно сообщим вам, если произойдет утечка данных, которая может поставить под угрозу конфиденциальность или сохранность вашей информации.
 - Мы должны выполнять обязанности и процедуры обеспечения конфиденциальности, описанные в этом уведомлении, и предоставить вам его копию.
 - Мы не будем использовать или передавать вашу информацию иначе, чем описано здесь, за исключением случаев, когда вы в письменной форме дадите нам согласие на это. Если вы дадите нам такое согласие, вы сможете изменить свое решение в любое время. Если вы передумаете, дайте нам знать об этом в письменной форме.
- Чтобы получить дополнительную информацию, посетите веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticcepp.html.

Изменение условий настоящего уведомления

Мы можем изменить условия этого уведомления, и изменения будут применяться ко всей имеющейся у нас информации о вас. Новое уведомление будет доступно по запросу в нашем офисе и на нашем веб-сайте.

Законы других штатов и федеральные законы

Мы предоставляем медицинские услуги в различных штатах. В вашем штате могут действовать законы о порядке использования конфиденциальной информации, которые устанавливают более строгие ограничения в отношении того, как мы передаем вашу информацию. Например, в вашем штате законодательство может требовать, чтобы мы получили ваше согласие или разрешение, прежде чем передавать определенную медицинскую информацию. Чтобы получить дополнительную информацию о законах о порядке использования конфиденциальной информации в вашем конкретном штате, посетите наш веб-сайт или свяжитесь с нашим специалистом по защите конфиденциальной информации (см. контактную информацию выше).

Приложение А

Алабама

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет никому передавать касающуюся вас профессиональную медицинскую информацию без вашего разрешения, за исключением случаев, когда это отвечает вашим интересам или когда этого требует закон.
2. Medicaid. Если вы получаете льготы по программе Medicaid, мы будем передавать информацию, относящуюся к вашему лечению (включая платёжные требования и детализированные счета), только следующим лицам и организациям:
 - a) финансовому агенту Medicaid;
 - b) Управлению социального обеспечения (Social Security Administration);
 - c) Агентству профессиональной реабилитации штата Алабама (Alabama Vocational Rehabilitation Agency);
 - d) Агентству программы Medicaid в штате Алабама (Alabama Medicaid Agency);
 - e) страховым компаниям, запрашивающим информацию в связи со страховым требованием по программе Medicaid, поданным поставщиком услуг, заявлением на страховое, страховыми выплатами по страхованию жизни или выплатам кредита; или
 - f) другим поставщикам услуг, которым нужна информация для лечения пациента.

Аляска

1. Раскрытие информации. Option Care Health может передавать вашу информацию:
 - a) вам или по вашему указанию;
 - b) специалисту-практику или фармацевту, которым, по профессиональному мнению фармацевта, передача информации необходима для защиты здоровья и благополучия пациента; и
 - c) другим лицам или государственным учреждениям, которые на законных основаниях могут получать конфиденциальную информацию.
2. Генетическая информация. Мы не будем передавать генетическую информацию без вашего информированного согласия в письменной форме.

Аризона

1. Информация, связанная с инфекционными заболеваниями и ВИЧ. Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию, связанную с инфекционными заболеваниями и ВИЧ, без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда Option Care Health имеет право или обязана делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.

Арканзас

1. ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда Option Care Health имеет право или обязана делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.
2. Генетическая информация. Данные отдельных лиц, участвовавших в генетических научных исследованиях, не будут передаваться работодателю или плану медицинского страхования без вашего информированного согласия в письменной форме.

Калифорния

1. Раскрытие информации. Без вашего разрешения Option Care Health не будет передавать вашу конфиденциальную информацию никому, кроме вас или вашего уполномоченного представителя, за исключением случаев, когда ваша информация может быть раскрыта следующим образом:
 - a) Информация может быть передана поставщикам медицинских услуг, планам медицинского обслуживания, подрядчикам и другим медицинским работникам или учреждениям в целях диагностики или лечения. В условиях чрезвычайной ситуации это также включает обмен информацией о пациенте по радио или с использованием других средств коммуникации между персоналом экстренной медицинской помощи на месте бедствия или в машине скорой медицинской помощи и персоналом отделения экстренной медицинской помощи в лицензированном медицинском учреждении.
 - b) Информация может быть передана страховой компании, работодателю, плану медицинского обслуживания, плану больничного обслуживания, плану дополнительных выплат работникам, государственному органу, подрядчику или любому другому физическому или юридическому лицу, ответственному за оплату оказанных вам медицинских услуг, в объеме, необходимом для определения суммы и осуществления платежа. Если вы по причине коматозного или другого инвалидирующего состояния здоровья не можете дать согласие на передачу медицинской информации и не было принято никаких других мер для оплаты оказанных вам медицинских услуг, информация может быть передана государственному органу в объеме, необходимом для определения вашего права на получение оплаты в рамках государственной программы за оказанные вам медицинские услуги и для ее получения. Информация также может быть передана другому поставщику медицинских услуг или плану медицинского обслуживания (в зависимости от конкретного случая), чтобы помочь другому поставщику медицинских услуг или плану медицинского обслуживания в получении оплаты за медицинские услуги, оказанные вам этим поставщиком медицинских услуг или планом медицинского обслуживания.
 - c) Информация может быть передана физическому или юридическому лицу, которое выставляет счета, работает со страховыми требованиями, обрабатывает медицинские данные или оказывает другие административные услуги поставщикам медицинских услуг или планам медицинского обслуживания, или кому-либо из физических или юридических лиц, указанных в пункте (b). Однако переданная таким образом информация может быть дополнительно раскрыта получателем только в соответствии с законодательством штата Калифорния.
 - d) Информация может быть передана организованным комитетам и агентам профессиональных обществ или медицинскому персоналу лицензированных больниц, лицензированным планам медицинского обслуживания, организациям по проверке профессиональных стандартов, организациям независимой медицинской экспертизы и их отдельным экспертам, организациям по экспертной оценке эффективности использования и контроля качества в пределах, установленных Конгрессом, подрядчикам, лицам или организациям, которые занимаются страхованием, обеспечением и защитой профессиональной ответственности, которую может понести поставщик услуг, если комитеты, агенты, планы медицинского обслуживания, организации, эксперты, подрядчики или отдельные лица участвуют в проверке компетентности или квалификации медицинских работников или в проверке медицинских услуг на предмет медицинской необходимости, уровня медицинского обслуживания, качества медицинского обслуживания или обоснования платы за услуги.
 - e) Поставщик медицинских услуг или план медицинского обслуживания, который создал медицинскую информацию в результате оказания работнику связанных с работой медицинских услуг, по предварительному письменному запросу и за счет работодателя может передать работодателю работника ту часть информации, которая:
 - i) имеет отношение к судебному разбирательству, арбитражному разбирательству, претензии или другому иску или оспариванию, сторонами которых являются работодатель и работник и в котором пациент поставил под сомнение свою историю болезни, психическое или физическое состояние или лечение, при условии, что информация может быть использована или раскрыта только в связи с таким конкретным разбирательством;
 - ii) описывает функциональные ограничения пациента, которые могут дать пациенту право уволиться с работы по медицинским показаниям или ограничить пригодность пациента для выполнения его текущей работы, при условии, что в раскрытой информации не указана медицинская причина.
 - f) Если поставщик медицинских услуг или план медицинского обслуживания не уведомлен в письменной форме спонсором, страховой компанией или администратором о согласии об обратном, информация может быть передана спонсору, страховой компании или администратору группового или индивидуального застрахованного или незастрахованного плана или полиса, к которому пациент обращается за страховым покрытием или страховыми выплатами, если информация была создана поставщиком медицинских услуг или планом медицинского обслуживания в результате услуг, оказанных по конкретному предварительному письменному запросу и за счет спонсора, страховой компании или администратора, с целью оценки заявления на получение страхового покрытия или страховых выплат.
- g) Информация может передаваться плану медицинского обслуживания поставщиками медицинских услуг, которые заключили договор с планом медицинского обслуживания, а также может происходить обмен информацией между поставщиками медицинских услуг, которые заключили договор с планом медицинского обслуживания, с целью администрирования плана медицинского обслуживания. План медицинского обслуживания не может раскрывать информацию иным образом, за исключением случаев, предусмотренных законодательством штата Калифорния.
 - h) Информация может быть передана организации, занимающейся закупкой органов, или банку тканей, занимающемуся подготовкой тканей умершего для трансплантации в организм другого человека, но только в отношении умершего донора с целью содействия трансплантации.
 - i) Информация может быть передана третьей стороне в целях кодирования, шифрования или иной анонимизации данных. Однако никакая информация, раскрытая таким образом, не должна дополнительно передаваться получателем с нарушением законодательства штата Калифорния, включая несанкционированное манипулирование закодированной или зашифрованной медицинской информацией, которое позволяет установить личность человека, которому принадлежит медицинская информация.
 - j) В целях программ и услуг по лечению заболеваний информация может передаваться следующим образом:
 - i) организации, заключившей договор с планом медицинского обслуживания или подрядчиком плана медицинского обслуживания, для осуществления мониторинга или администрирования обслуживания участников со страховым покрытием оказанных услуг, если услуги по лечению заболеваний и обслуживание санкционированы лечащим врачом; или
 - ii) организации, предоставляющей услуги по лечению заболевания, которое полностью соответствует требованиям относительно разрешения врача, если план медицинского обслуживания или его подрядчик предоставляет или предоставил описание услуг по лечению заболевания лечащему врачу или сети врачей плана медицинского обслуживания или подрядчика.
2. ВИЧ. Option Care Health не будет передавать или использовать информацию о ВИЧ без вашего предварительного разрешения, за исключением случаев, когда травмированный работник утверждает, что был инфицирован или подвергся риску инфицирования ВИЧ в результате инцидента, связанного с контактом на работе.
 3. Генетическая информация. Мы не будем передавать вашу генетическую информацию без вашего информированного согласия в письменной форме.

Колорадо

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет передавать вашу информацию из медицинской документации без вашего письменного разрешения никому, кроме:
 - a) вас или вашего представителя;
 - b) специалиста-практика или фармацевта, если передача информации необходима для защиты вашего здоровья и благополучия;
 - c) Фармацевтического управления или другого федерального органа или органа штата, уполномоченного получать конфиденциальную информацию;
 - d) страховой компании или другого стороннего плательщика, уполномоченного вами получать информацию.
2. ВИЧ/СПИД. Отчеты и документы, касающиеся лиц с диагностированными заболеваниями, связанными с ВИЧ и СПИД, являются строго конфиденциальными, и Option Care Health не будет передавать такую конфиденциальную информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда компания имеет право или обязана делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.
3. Генетическая информация. Для любого разглашения генетической информации, позволяющей идентифицировать человека, прошедшего исследование, в целях, не касающихся диагностики, лечения или терапии, с сообщением результатов исследования, потребуется ваше специальное письменное согласие.

Коннектикут

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет передавать вашу информацию без вашего согласия никому, кроме:
 - a) вас;
 - b) специалиста-практика, который в настоящее время занимается вашим лечением, когда это целесообразно с медицинской точки зрения;
 - c) медсестры, действующей в качестве представителя специалиста-практика, который в настоящее время лечит вас и назначает вам лекарственные препараты, или медсестры, обслуживающей вас в больнице;
 - d) сторонних плательщиков, которые оплачивают страховые требования за оказанные вам фармацевтические услуги или у которых есть официальное соглашение или договор на проведение аудита любых документов или информации в связи с такими страховыми требованиями;
 - e) государственного учреждения, имеющего законные полномочия на проверку и получение информации;
2. Конфиденциальная информация, связанная с ВИЧ. Option Care Health не будет передавать связанную с ВИЧ конфиденциальную информацию без вашего согласия никому, кроме:
 - a) вас, вашего законного опекуна или лица, уполномоченного давать согласие на медицинское вмешательство вместо вас;
 - b) лица, которое обеспечивает неразглашение конфиденциальной информации, связанной с ВИЧ;
 - c) сотрудника федерального или местного органа здравоохранения или органа здравоохранения штата, когда такая передача информации требуется или разрешена федеральным законодательством или законодательством штата;
 - d) поставщика медицинских услуг или медицинского учреждения, когда связанная с ВИЧ информация необходима для оказания надлежащего медицинского обслуживания или лечения защищенного лица либо его ребенка или когда связанная с ВИЧ конфиденциальная информация уже внесена в медицинскую карту или документацию и поставщик медицинских услуг имеет доступ к такой информации с целью оказания медицинской помощи защищаемому лицу;
 - e) судебно-медицинского эксперта с целью оказания помощи в определении причины или обстоятельств смерти;
 - f) комитетов медицинских учреждений или организаций по аккредитации или надзору, которые проводят мониторинг программ, оценку программ или экспертную оценку услуг;
 - g) поставщика медицинских услуг или другого лица в случаях, когда такой поставщик или лицо подверглись значительному риску заражения ВИЧ-инфекцией в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей, при условии соответствия определенным критериям;
 - h) сотрудников психиатрических больниц, находящихся в ведении Департамента охраны психического здоровья и помощи лицам с алкогольной и наркозависимостью (Department of Mental Health and Addiction Services), если комитет по инфекционному контролю больницы признает, что поведение пациента представляет значительный риск передачи инфекции другому пациенту больницы;
 - i) сотрудников учреждений, находящихся в ведении Департамента исполнения наказаний, с целью оказания услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией, или в случае, если начальник медицинской службы и начальник учреждения установят, что поведение заключенного представляет значительный риск передачи инфекции другому заключенному или привело к значительному риску заражения другого заключенного учреждения;
 - j) лица, которое получило разрешение на доступ к такой информации по постановлению суда, выданному в соответствии с законодательством штата Коннектикут;
 - k) компаний, занимающихся страхованием жизни и здоровья, государственных плательщиков, медицинских центров и их филиалов, перестраховочных компаний и подрядчиков, за исключением агентов и брокеров, в связи с андеррайтингом и рассмотрением требований в отношении страховых выплат по страхованию жизни, здоровья и инвалидности;
 - l) поставщика медицинских услуг, специально назначенного вами для получения такой информации, полученной компанией по страхованию жизни или здоровья или медицинским центром на основании заявления на оформление страхования жизни, здоровья или инвалидности; и
 - m) заготовительной организации с целью оценки пригодности донора.
3. Продажа информации из медицинской карты, по которой можно установить личность. Option Care Health не будет продавать или предлагать для продажи информацию из медицинской карты, по которой можно установить личность.
4. Маркетинг. Option Care Health не будет использовать или передавать информацию из медицинской карты, по которой можно установить личность, в маркетинговых целях без вашего предварительного согласия в письменной форме.

Делавэр

- ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда Option Care Health имеет право или обязана делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.
- Генетическая информация. Option Care Health не будет раскрывать вашу генетическую информацию способом, позволяющим идентифицировать вас, без предварительного получения вашего информированного согласия в письменной форме, за исключением случаев, когда такое раскрытие разрешено законом.

Округ Колумбия

Дополнительной информации нет. См. Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации.

Флорида

- Раскрытие информации. Option Care Health не будет передавать вашу информацию из медицинской документации без вашего письменного разрешения никому, кроме:
 - вас;
 - вашего законного представителя;
 - Министерства здравоохранения в соответствии с действующим законодательством;
 - вашего(-ей) супруга(-и) в случае, если вы будете недееспособны или будете не в состоянии сделать запрос на свою документацию; и
 - стороны в гражданском или уголовном разбирательстве, запрашивающей документы, после выдачи повестки из суда соответствующей юрисдикции и надлежащего уведомления вас или вашего законного представителя.
- ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего письменного разрешения на передачу такой информации, за исключением случаев, когда Option Care Health имеет право или обязана делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.
- Контролируемые вещества. По закону Option Care Health обязана передавать записи о запасах и рецептах на контролируемые вещества сотрудникам правоохранительных органов, в чьи обязанности входит обеспечение соблюдения законов штата Флорида, касающихся контролируемых веществ. Сотрудники правоохранительных органов не обязаны получать повестку в суд, постановление суда или ордер на обыск, чтобы получить доступ к таким записям или их копиям.
- Генетическая информация. Option Care Health не будет передавать вашу генетическую информацию без вашего согласия, за исключением случаев, когда это разрешено законом.

Джорджия

- Раскрытие информации. Без вашего разрешения Option Care Health не будет передавать вашу конфиденциальную информацию никому, кроме вас или вашего уполномоченного представителя, за исключением следующих лиц или организаций:
 - врача, назначившего лечение, или другого лицензированного практикующего специалиста, участвующего в вашем медицинском обслуживании;
 - другого лицензированного фармацевта с целью передачи рецепта в рамках проверки использования лекарственных препаратов пациентом или для выполнения других требований к информированию пациента;
 - Фармацевтического управления или его представителя;
 - сотрудников правоохранительных органов, должным образом уполномоченных получать такую информацию.Option Care Health также может передавать вашу конфиденциальную информацию без вашего согласия на основании повестки в суд, выданной и подписанной уполномоченным государственным должностным лицом, или судебного распоряжения, выданного и подписанного судьей соответствующего суда.
- ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию, связанную с СПИДом, за исключением случаев, когда пациент предоставил Option Care Health письменное разрешение на передачу такой информации или Option Care Health имеет право или обязана делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.
- Контролируемые вещества. По закону Option Care Health обязана передавать документацию о рецептах на контролируемые вещества Агентству штата Джорджия по контролю за оборотом лекарственных препаратов и наркотических средств (Georgia Drugs and Narcotics Agency) в соответствии с Программой мониторинга рецептурных лекарственных препаратов (Prescription Drug Monitoring Program).

Гавайи

- ВИЧ/СПИД/СПИД-ассоциированный комплекс. Option Care Health не будет передавать информацию, связанную с ВИЧ/СПИД/СПИД-ассоциированным комплексом, за исключением случаев, когда вы или ваш представитель предоставили Option Care Health письменное разрешение на передачу такой информации или Option Care Health имеет право или обязана делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.

Айдахо

- Раскрытие информации. Option Care Health не будет передавать содержащуюся в рецепте информацию, по которой можно установить личность, без вашего согласия никому, кроме:
 - вас или уполномоченного вами лица;
 - Фармацевтического управления или его официальных представителей;
 - специалиста-практика или уполномоченного им лица, выписавшего рецепт;
 - других лицензированных медицинских работников, которые напрямую отвечают за оказание вам неотложной помощи;
 - официальных представителей Департамента здравоохранения и социального обеспечения (Department of Health and Welfare) по вопросам, связанным с фармацевтической практикой;
 - представителей любого совета, специалистов-практики которого обладают полномочиями назначать лечение, если совет обеспечивает соблюдение законов, регулирующих деятельность такого специалиста-практика;
 - государственного учреждения, на которое возложена ответственность за оказание вам медицинской помощи (требуется письменные запросы уполномоченных представителей учреждения, запрашивающего такую информацию);
 - Федерального Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (Food and Drug Administration, FDA) в целях, связанных с мониторингом побочных эффектов лекарственных препаратов, в соответствии с требованиями федерального законодательства, правил или нормативных актов, принятых федеральным Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств;
 - вашего уполномоченного поставщика страховых услуг или плана медицинского страхования, предоставляющего вам страховое покрытие медицинских услуг или льготы на лекарственные препараты;
 - суда соответствующей юрисдикции на основании постановления.

Иллинойс

- Психическое здоровье и инвалидность. Option Care Health не будет передавать ваши документы и сообщения без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.
- Medicaid. Option Care Health не будет передавать ваши персональные данные без вашего письменного согласия.
- ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего согласия; исключение составляют некоторые установленные законом лица, включая, среди прочих:
 - вас или вашего законного уполномоченного представителя;
 - любое лицо, которое вы или ваш представитель указываете в юридически действительном разрешении на раскрытие результатов теста;
 - уполномоченного представителя или сотрудника медицинского учреждения, медицинского работника, направляющего врача, лечащего врача или медицинского работника, консультирующего по поводу теста (с соблюдением определенных требований, установленных законом);
 - Департамент здравоохранения (Department of Public Health) или местный орган здравоохранения в соответствии с правилами информирования о распространении заболевания и контроля за ним или в соответствии с другими требованиями законодательства штата; или

е) медицинское учреждение или медицинского работника, который закупает, обрабатывает, распространяет или использует часть тела умершего человека с целью получения медицинской информации о человеке или сперму, полученную до 21 сентября 1987 года с целью искусственного оплодотворения.

Индиана

- Раскрытие информации. Option Care Health будет раскрывать конфиденциальную информацию только в тех случаях, когда это отвечает интересам пациента, когда информация запрашивается Фармацевтическим управлением или его представителями, сотрудником правоохранительных органов, отвечающий за соблюдение законов, касающихся лекарственных препаратов, медицинского оборудования или фармацевтической практики, либо когда раскрытие информации необходимо для выполнения деловых операций аптеки.
- Психическое здоровье. Option Care Health не будет передавать информацию о вашем психическом здоровье без вашего согласия, за исключением случаев, когда это разрешено законом.
- Medicaid. Option Care Health не будет передавать ваши персональные данные без вашего письменного согласия.

Айова

- ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда мы имеем право или обязаны делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.
- Психическое здоровье. Option Care Health не будет передавать информацию о психическом или психологических аспектах вашего здоровья без вашего согласия или разрешения.

Канзас

- ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего письменного разрешения на передачу такой информации, за исключением случаев, когда Option Care Health имеет право или обязана делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.
- Medicaid. В применимых случаях Option Care Health не будет передавать информацию, связанную с вашим участием в программе Medicaid, без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Кентукки

- Раскрытие информации. Option Care Health не будет передавать информацию о вас как пациенте или о характере предоставляемых вам профессиональных услуг без вашего четко выраженного согласия или судебного постановления, за исключением следующих уполномоченных лиц:
 - членов, инспекторов или официальных представителей Фармацевтического управления;
 - вас, вашего официального представителя или другого фармацевта, действующего от вашего имени;
 - другого лица по вашей просьбе;
 - лицензированного медицинского персонала, ответственного за ваше медицинское обслуживание;
 - некоторых официальных представителей правительства штата, отвечающих за соблюдение законов об обороте контролируемых веществ;
 - должностных лиц федеральных и муниципальных органов власти или органов власти штата, которые ведут расследование в отношении конкретного лица в связи с обвинениями в употреблении наркотиков; и
 - государственного учреждения, которое может оказывать вам медицинскую помощь, по письменному запросу этого учреждения на предоставление информации.Необходимый минимум. Option Care Health будет использовать вашу информацию только для обеспечения аптечного обслуживания.
- Психическое здоровье и инвалидность. Option Care Health не будет передавать ваши документы и сообщения без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.
- Злоупотребление психоактивными веществами. Option Care Health не будет передавать информацию о злоупотреблении психоактивными веществами без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Луизиана

- Психическое здоровье и инвалидность. Option Care Health не будет передавать ваши документы и сообщения без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.
- ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего письменного разрешения на передачу такой информации, за исключением случаев, когда Option Care Health имеет право или обязана делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.

Мэн

- Раскрытие информации. Option Care Health не будет передавать медицинскую информацию в целях сбора средств, а также коронерам или руководителям бюро ритуальных услуг без разрешения пациента.
- Инфекционные заболевания. Мы будем передавать информацию об инфекционных заболеваниях пациента, позволяющую установить его личность, только органам власти штата в целях защиты взрослых и детей или другим должностным лицам в сфере здравоохранения, официальным представителям и органам здравоохранения или должностным лицам школы, в которой учится ребенок, в интересах общественного здравоохранения. В случае чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, объявленной санитарным врачом штата, мы также можем предоставить информацию о пациенте частным поставщикам медицинских услуг и организациям с целью предотвращения дальнейшего распространения заболевания.
- Маркетинг/продажа информации. Option Care Health не будет предоставлять право на использование, использовать, продавать, передавать или обменивать на что-либо ценное в каких-либо маркетинговых целях информацию о рецептурных лекарственных препаратах, которая позволяет прямо или косвенно установить вашу личность.
- Medicaid. Option Care Health не будет разглашать информацию, связанную с вашим участием в программе MaineCare (Medicaid), без вашего разрешения, за исключением случаев, когда в медицинских целях такой информацией должны обмениваться поставщиками услуг для обеспечения вашего благополучия или когда она нужна тем, кто участвует в администрировании программы MaineCare.
- Психическое здоровье. Option Care Health не будет передавать информацию, касающуюся вашего психического здоровья и лечения, за исключением случаев получения надлежащего информированного согласия и раскрытия информации иным образом членам семьи и поставщикам клинических услуг в соответствии с законом.

Мэриленд

- Психическое здоровье. Когда информация из медицинской карты, которая ведется в связи с оказанием услуг в области психического здоровья, раскрывается без разрешения заинтересованного лица, может быть передана только та информация из карты, которая имеет отношение к цели, с которой просят предоставить информацию.
- ВИЧ. Option Care Health не будет передавать связанную с ВИЧ информацию без вашего письменного разрешения на передачу такой информации, за исключением случаев, когда Option Care Health имеет право или обязана делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.

Массачусетс

- Medicaid. Раскрытие информации о пациентах, которые получают льготы по программе Medicaid, ограничено целями, непосредственно связанными с администрированием программы Medicaid.
- ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать информацию о ВИЧ/СПИД без вашего разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Мичиган

- Раскрытие информации. Без разрешения пациента мы не будем передавать информацию, содержащуюся в рецепте, или подобную информацию никому, кроме следующих лиц:
 - пациента или другого фармацевта, действующего от имени пациента;
 - медицинского работника, имеющего полномочия выписывать рецепты, или лицензированного медицинского работника, который в настоящее время занимается лечением пациента;
 - государственного учреждения или официального представителя правительства, ответственного за соблюдение законов, касающихся лекарственных препаратов и медицинского оборудования;

- d) лица, уполномоченного постановлением суда; или
 - e) лица, участвующего в научно-исследовательских проектах или исследованиях по протоколам, одобренным Фармацевтическим управлением.
2. ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, за исключением случаев, когда вы предоставили нам письменное разрешение на передачу такой информации или мы имеем право или обязаны делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.

Миннесота

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет передавать информацию, содержащуюся в аптечной документации. Исключения составляют:
- a) случаи, когда требуется экстренная медицинская помощь, но поставщик медицинских услуг не может получить согласие пациента из-за его состояния или характера ситуации, требующей экстренной медицинской помощи; или
 - b) другие поставщики услуг во взаимосвязанных медицинских учреждениях, когда это необходимо для вашего текущего лечения.
- Option Care Health не будет передавать рецепты или содержащуюся в них информацию без вашего письменного разрешения никому, кроме:
- a) вас, вашего официального представителя или другого фармацевта, действующего от вашего имени или от имени вашего официального представителя;
 - b) лицензированного специалиста-практика, выписавшего рецепт;
 - c) лицензированного врача, который в настоящее время занимается вашим лечением;
 - d) члена, инспектора или расследователя совета либо любого должностного лица федерального, окружного, муниципального органа власти или органа власти штата, в чьи обязанности входит обеспечение соблюдения законов этого штата или Соединенных Штатов, касающихся лекарственных препаратов, и которое занимается конкретным расследованием, связанным с указанным лицом или лекарственным препаратом;
 - e) государственного учреждения, на которое возложена ответственность за ваше медицинское обслуживание;
 - f) страховой компании или адвоката после получения письменного разрешения, подписанного вами или вашим законным представителем, на разглашение такой информации; и
 - g) лица, надлежащим образом уполномоченного постановлением суда.

До тех пор, пока мы не получим устно или письменного согласия пациента, мы не будем раскрывать характер оказываемых вам фармацевтических услуг, за исключением следующих случаев:

- a) в соответствии с постановлением или предписанием суда;
- b) передача информации в другие аптеки;
- c) передача информации вам; или
- d) передача информации о терапии с применением того или иного лекарственного препарата вашему лечащему врачу.

Миссисипи

1. Medicaid и социальное обеспечение. В применимых случаях Option Care Health не будет передавать вашу конфиденциальную информацию без вашего письменного разрешения.

Миссури

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет передавать вашу информацию без вашего письменного разрешения никому, кроме:
- a) вас или другого лица, уполномоченного вами на получение такой информации;
 - b) поставщика медицинских услуг, участвующего в вашем лечении;
 - c) суда или другого жюри присяжных по запросу, поданному на законных основаниях;
 - d) лица, уполномоченного постановлением суда;
 - e) случаев содействия обмену информацией между лицензированными фармацевтами в соответствии с законодательством; и
 - f) государственных учреждений, действующих в рамках своих уставных полномочий.
2. Medicaid. При необходимости Option Care Health ограничит раскрытие вашей информации следующими целями: цели, непосредственно связанные с вашим лечением, содействие повышению качества медицинского обслуживания и оказание помощи в расследовании, судебном преследовании или гражданском либо уголовном разбирательстве, связанном с администрированием программы Medicaid.
3. Генетическая информация. Option Care Health не будет передавать вашу генетическую информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено законом.
4. ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда Option Care Health имеет право или обязана делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.

Монтана

1. Программа медицинского страхования детей. Option Care Health ограничит раскрытие вашей информации целями, связанными с администрированием программы медицинского страхования детей (Children's Health Insurance Program, CHIP).
2. Medicaid. Option Care Health будет использовать вашу информацию только в целях, связанных с администрированием программы Montana Medicaid. Мы не будем передавать вашу информацию без вашего письменного согласия никому, кроме государственных органов штата.
3. Заболевания, передающиеся половым путем. Мы не будем передавать информацию об инфицированных лицах или лицах, в отношении которых есть основания полагать, что они являются носителями инфекций, передающихся половым путем, никому, кроме:
- a) персонала Департамента здравоохранения и социального обеспечения (Department of Public Health and Human Services);
 - b) врача, который получил письменное согласие лица, информацию о котором просят предоставить; или
 - c) сотрудника местного органа здравоохранения.

Небраска

1. Злоупотребление психоактивными веществами. Option Care Health не будет передавать информацию о злоупотреблении психоактивными веществами без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.
2. Генетическая информация. Option Care Health не будет передавать вашу генетическую информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено законом.

Невада

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет передавать содержащуюся в рецепте информацию или копии ваших рецептов никому, кроме вас, за исключением:
- a) специалиста-практика, выписавшего рецепт;
 - b) специалиста-практика, который в настоящее время занимается вашим лечением;
 - c) члена, инспектора или расследователя Фармацевтического управления, инспектора Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (Food and Drug Administration, FDA) или официального представителя отдела расследований Департамента общественной безопасности (Department of Public Safety);
 - d) государственного учреждения штата, на которое возложена ответственность за предоставление вам медицинского обслуживания;
 - e) страховой компании после получения вашего письменного разрешения или разрешения вашего законного опекуна, уполномоченного давать согласие на разглашение информации;
 - f) лица, уполномоченного постановлением федерального районного суда;
 - g) члена, инспектора или расследователя комитета по профессиональному лицензированию, который выдает лицензии специалистам-практикам, по рецептам которых приобретаются лекарственные средства в аптеках;
 - h) других зарегистрированных фармацевтов с ограниченной целью и в объеме, необходимом для обмена информацией о лицах, подозреваемых в злоупотреблении рецептами для получения чрезмерных количеств лекарственных препаратов, в неиспользовании лекарственных препаратов в соответствии с инструкциями по их применению или в приеме лекарственных препаратов в комбинации с другими лекарственными средствами при том, что такое сочетание может причинить вред самому человеку;
 - i) сотрудника органов правоохранения, нанятого местным органом власти с ограниченной целью и в объеме, необходимом для расследования предполагаемого преступления, совершенного в аптеке, о котором сообщил сотрудник, или для проведения обыска согласно ордеру или вручения повестки в суд в соответствии с постановлением суда.

2. Инфекционные заболевания. Option Care Health не будет передавать персональные данные человека, у которого выявлено или подозревается инфекционное заболевание, без письменного согласия человека, за исключением следующих случаев:
- a) для статистических целей, при условии что раскрываемая информация не позволит установить личность человека;
 - b) в связи с судебным преследованием за нарушение законов об инфекционных заболеваниях или в связи с судебным делом по вынесению судебного запрета, возбужденным в соответствии с законами об инфекционных заболеваниях;
 - c) в связи с сообщением о фактическом или предполагаемом жестком обращении или невыполнении обязанностей в отношении ребенка или пожилого человека;
 - d) передача данных лицу, у которого есть медицинская потребность знать информацию для его собственной защиты или для благополучия пациента или иждивенца в порядке, определенном органом здравоохранения в соответствии с правилами, установленными Советом штата по здравоохранению (State Board of Health);
 - e) в соответствии с конкретными законами, которые требуют отчетности по результатам определенных анализов;
 - f) если данные передаются в Департамент трудовых ресурсов (Department of Human Resources), и у лица, данные которого раскрываются, был диагностирован СПИД или заболевание, связанное с ВИЧ, и это лицо является получателем или претендентом на получение льгот по программе Medicaid;
 - g) передача данных пожарному, полицейскому или лицу, оказывающему экстренную медицинскую помощь, если комиссия установила, что информация относится к инфекционному заболеванию, в значительной степени связанному с этой профессией, и данные передаются в порядке, установленном Советом штата по здравоохранению; и
 - h) если передача информации разрешена или требуется в соответствии с конкретным законом.
3. Генетическая информация. Option Care Health не будет передавать вашу генетическую информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено законом.
4. Злоупотребление психоактивными веществами. Option Care Health не будет передавать информацию о злоупотреблении психоактивными веществами без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Нью-Гэмпшир

1. Раскрытие информации. Option Care Health будет передавать профессиональную медицинскую информацию, только если:
- a) получено ваше разрешение на это;
 - b) это чрезвычайная ситуация, и раскрытие информации полностью отвечает вашим интересам; или
 - c) закон требует, чтобы Option Care Health раскрыла информацию.
2. Продажа или маркетинг. Помимо целей возмещения расходов аптеке, соблюдением требований фармацевтического справочника, управления медицинским обслуживанием, проверки использования ресурсов поставщиком медицинских услуг, проверки страховой компании пациента и медицинских исследований, Option Care Health не будет использовать, обнародовать, продавать, предоставлять право на использование или передавать медицинскую информацию, по которой можно установить личность пациента, в целях продажи или маркетинга услуг или продуктов, если вы не предоставили нам письменное разрешение на такую деятельность. Такой подход применяется к документации, связанной с контролируруемыми веществами.
3. ВИЧ. Option Care Health не будет передавать связанную с ВИЧ информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.
4. Medicaid. В применимых случаях Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Нью-Джерси

1. Medicaid. Если вы являетесь участником Программы помощи в оплате медикаментов пожилым людям и инвалидам (Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled Program, PAAD) и программы Medicaid, Option Care Health не будет раскрывать информацию, позволяющую установить личность, без вашего согласия или согласия вашего официального представителя, кроме как в целях, непосредственно связанных с администрированием этих программ (в зависимости от конкретного случая), или если иное разрешено законодательством штата или федеральным законодательством.
2. ВИЧ. Option Care Health не будет передавать связанную с ВИЧ информацию без вашего предварительного согласия в письменной форме, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Нью-Мексико

1. Раскрытие информации. Без вашего письменного согласия Option Care Health не будет передавать вашу конфиденциальную информацию никому, кроме вас или вашего уполномоченного представителя, за исключением следующих лиц или организаций:
- a) в соответствии с постановлением или предписанием суда;
 - b) медицинского работника, назначившего лечение, или другого лицензированного специалиста-практика, участвующего в вашем медицинском обслуживании;
 - c) другого лицензированного фармацевта, если это полностью отвечает вашим интересам;
 - d) фармацевтического управления или его представителя, других лиц или государственных учреждений, должным образом уполномоченных законом получать такую информацию;
 - e) другой аптеки, куда передают рецепт в соответствии с требованиями положений о консультировании пациента;
 - f) для предоставления вам копии рецепта, который нельзя пополнить повторно;
 - g) для передачи информации о терапии с применением того или иного лекарственного препарата вашим врачам или другим медицинским работникам, имеющим полномочия выписывать рецепты своим пациентам; или
 - h) когда этого требуют положения правил консультирования пациентов.

Нью-Йорк

1. Контролируемые вещества. Option Care Health не может передавать конфиденциальную информацию без вашего разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.
2. ВИЧ/СПИД. В применимых случаях Option Care Health не будет передавать связанную с ВИЧ конфиденциальную информацию без вашего разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.
3. Общий электронный архив/база данных. Option Care Health не будет осуществлять доступ к общему электронному архиву или базе данных, используемому для хранения необходимой персональной информации об отпуске препаратов по рецепту, по которой можно установить личность, кроме как по прямому запросу пациента или его официального представителя.

Северная Каролина

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет предоставлять копии ваших рецептов, хранящихся в базе данных, или раскрывать содержащуюся в них информацию никому, кроме:
- a) вас;
 - b) ваших родителей, опекуна или другого лица, действующего вместо родителей, если вы несовершеннолетнее лицо и не дали имеющей законную силу согласия на лечение заболевания, в связи с которым был выдан рецепт;
 - c) лицензированного специалиста-практика, выписавшего рецепт или занимающегося вашим лечением;
 - d) фармацевта, который предоставляет вам аптечные услуги;
 - e) любого человека, который предьявит письменное разрешение на получение аптечной информации, подписанное вами или вашим законным представителем;
 - f) лица, получившего разрешение на основании повестки в суд, постановления суда или закона;
 - g) фирмы, компании, ассоциации, партнерства, делового траста или корпорации, которые по закону или договору несут ответственность за предоставление вам медицинского обслуживания или его оплату;
 - h) члена или ответственного сотрудника Фармацевтического управления;
 - i) исполнителя завещания, администратора или супруга(-и) умершего пациента;
 - j) утвержденных советом исследователей при наличии надлежащих мер по защите конфиденциальной информации; и
 - k) лица, которому принадлежит Option Care Health, или его лицензированного официального представителя.

Северная Дакота

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет раскрывать характер оказываемых вам услуг никому, кроме вас, без вашего предварительного согласия в устной или письменной форме, за исключением того, что мы можем передавать такую информацию:
 - a) в другие аптеки;
 - b) вашему врачу; или
 - c) по постановлению или распоряжению суда.
2. ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это требуется или разрешено федеральным законодательством или законодательством штата, включая любое правило, которое считается необходимым в интересах общественного здравоохранения или в медицинских целях.
3. Психическое здоровье и злоупотребление психоактивными веществами. Option Care Health не будет передавать ваши документы и сообщения без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Огайо

1. Раскрытие информации. Если мы не получили письменного согласия пациента, Option Care Health будет передавать информацию, содержащуюся в связанных с вами аптечных документах, только:
 - a) вам;
 - b) врачу, выписавшему рецепт или назначившему лекарственный препарат;
 - c) сертифицированному/лицензированному медицинскому персоналу, отвечающему за ваше медицинское обслуживание;
 - d) члену, инспектору или расследователю Фармацевтического управления штата либо любому должностному лицу федерального, окружного, муниципального органа власти или органа власти штата, в чьи обязанности входит обеспечение соблюдения законов этого штата или Соединенных Штатов, касающихся лекарственных препаратов, и которое занимается конкретным расследованием, связанным с указанным лицом или лекарственным препаратом;
 - e) официальному представителю медицинского совета штата в целях обеспечения соблюдения законов, регулирующих деятельность врачей и специалистов-практиков с ограниченной лицензией;
 - g) государственному учреждению, на которое возложена ответственность за оказание пациенту медицинской помощи, после письменного запроса уполномоченного представителя учреждения, запрашивающего такую информацию;
 - g) официальному представителю компании медицинского страхования, которая предоставляет пациенту страховое покрытие рецептурных препаратов, после получения разрешения пациента и подтверждения страховки пациентом или подтверждения оплаты страховой компанией тех лекарственных препаратов, информацией о которых просят предоставить;
 - h) агента, который заключает договор с Option Care Health в качестве «делового партнера» в соответствии с правилами, утвержденными секретарем Министерства здравоохранения и социального обеспечения Соединенных Штатов (United States Department of Health and Human Services) во исполнение требований федеральных стандартов по обеспечению конфиденциальности медицинской информации, по которой можно установить личность, или i) в условиях чрезвычайной ситуации, когда это в полной мере соответствует вашим интересам.

Оклахома

1. Раскрытие информации. Конфиденциальность пациента. Option Care Health не разглашает характер ваших проблем или заболеваний, а также информацию, которую вы доверили фармацевту при исполнении его профессиональных обязанностей, за исключением случаев, когда это соответствует требованиям законодательства или когда это в полной мере отвечает вашим интересам.
2. Инфекционные и венерические заболевания. Option Care Health не будет передавать информацию, по которой можно установить личность человека, у которого есть или может быть инфекционное или венерическое заболевание, без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено законом. Если иное не предусмотрено законом, Option Care Health удалит всю информацию, по которой можно установить личность человека, из соответствующих документов до раскрытия такой информации.
3. Психическое здоровье и злоупотребление психоактивными веществами. Если иное не разрешено законом, Option Care Health не будет раскрывать информацию о психическом здоровье и злоупотреблении психоактивными веществами без вашего письменного разрешения или действительного постановления суда, выданного судом соответствующей юрисдикции.

Орегон

1. ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это требуется или разрешено федеральным законодательством или законодательством штата, включая любое правило, которое считается необходимым в интересах общественного здравоохранения или в медицинских целях.
2. Генетическая информация. Option Care Health не будет передавать вашу генетическую информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено законом.

Пенсильвания

1. ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать связанную с ВИЧ информацию, за исключением случаев, когда вы предоставили нам письменное согласие на передачу такой информации или когда мы имеем право или обязаны делать это в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.
2. Психическое здоровье. С документацией, касающейся психиатрического лечения, обращаются как с конфиденциальной, и она никому не передается, а ее содержание не разглашается без вашего надлежащим образом оформленного согласия, за исключением случаев, когда закон прямо разрешает публикацию или копирование соответствующих частей или обобщенной информации.

Пуэрто-Рико

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет раскрывать вашу информацию без вашего письменного согласия и во всех случаях будет раскрывать такую информацию только в медицинских целях или в целях лечения, в том числе:
 - a) в целях обеспечения непрерывности приема лекарственных препаратов, медицинского обслуживания или лечения;
 - b) в целях профилактики или контроля качества; или
 - c) в связи с оплатой медицинских услуг.

Род-Айленд

1. Раскрытие информации. Option Care Health будет передавать содержащуюся в рецепте информацию только нашим агентам или лицам, непосредственно участвующим в вашем медицинском обслуживании. Кроме того, мы не будем передавать конфиденциальную медицинскую информацию без получения вашего согласия, за исключением следующих ситуаций:
 - a) врачу, стоматологу или другому медицинскому персоналу, который добросовестно полагает, что информация необходима для постановки диагноза или вашего лечения в ситуации, когда требуется экстренная медицинская или стоматологическая помощь;
 - b) квалифицированному персоналу, которому информация необходима с целью проведения научных исследований, аудиторских проверок управления, финансовых аудитов, оценок программ, страхового андеррайтинга или аналогичных исследований, при условии, что персонал прямо или косвенно не будет включать идентифицирующую пациента информацию ни в один из отчетов о таком исследовании, аудите или оценке, а также не будет иным образом раскрывать информацию, по которой можно установить личность пациента;
 - c) соответствующему персоналу правоохранительных органов или любого человека, если фармацевт считает, что пациент может представлять опасность для этого человека или его семьи; соответствующему персоналу правоохранительных органов, если пациент пытался или пытается незаконно приобрести наркотические средства в аптеке; соответствующему персоналу правоохранительных органов или соответствующих органов по защите детей, если пациентом является несовершеннолетний ребенок, который, по мнению фармацевта, в случае оказания услуг пациенту подвергнется физическому или психологическому насилию;
 - d) в случае обмена информацией между квалифицированным персоналом и поставщиками медицинских услуг в рамках системы здравоохранения в целях координации медицинских услуг, предоставляемых пациенту, и в целях образования и профессиональной подготовки в рамках одного и того же медицинского учреждения;

- a) сторонним компаниям медицинского страхования в целях рассмотрения требований, касающихся медицинского страхования, или администрирования страховых выплат, в том числе агентам по проверке использования ресурсов, сторонним администраторам и другим организациям, которые оказывают операционную поддержку;
 - f) страховой компании, занимающейся страхованием на случай врачебной ошибки, или адвокату, если у нас есть основания ожидать иска, касающегося медицинской ответственности;
 - g) собственному адвокату аптеки или компании по страхованию медицинской ответственности, если пациент инициирует иск о медицинской ответственности против нашей аптеки;
 - h) органам здравоохранения в целях выполнения возложенных на них функций, включая, помимо прочего, изучение причин заболеваний, контроль за опасностями для здоровья населения, обеспечение соблюдения санитарных законов, изучение заболеваний, о которых надлежит сообщать в органы здравоохранения, сертификацию и лицензирование медицинских работников и учреждений, а также анализ медицинского обслуживания, как того требуют федеральные органы власти и другие государственные организации;
 - i) судебно-медицинскому эксперту в случае смерти, который относится к его компетенции;
 - j) в связи с информацией, которая непосредственно связана с текущим требованием о выплате компенсации работнику, с разбирательством в комиссии по компенсациям работникам или судебным разбирательством, касающимся компенсации работнику;
 - k) адвокату аптеки всякий раз, когда она считает разглашение информации необходимым для получения надлежащего юридического представительства;
 - l) правоохранительному органу для защиты законных интересов страхового учреждения, агента или организации, оказывающей страховую поддержку, в целях предотвращения и привлечения к ответственности за мошенничество в их отношении;
 - m) большому жюри присяжных или суду соответствующей юрисдикции на основании повестки в суд или приказа о явке в суд с документами, когда эта информация требуется для расследования или судебного преследования за уголовные правонарушения со стороны поставщика медицинских услуг, связанные с предоставлением им медицинских услуг, и эта информация недоступна из какого-либо другого источника (при условии, что использование любой информации, полученной таким образом, недопустимо в уголовном процессе против пациента);
 - n) Избирательному совету штата (Board of Elections) на основании повестки в суд или приказа о явке в суд с документами, когда информация требуется для определения права пациента голосовать с использованием бюллетеня для голосования по почте и (или) законности справки врача, подтверждающей болезнь или инвалидность избирателя;
 - o) для подтверждения характера и постоянства болезни или инвалидности пациента, даты последнего обследования пациента и того, что пациенту было бы неоправданно трудно проголосовать на избирательных участках, чтобы пациент мог получить бюллетень для голосования по почте;
 - p) в отдел по борьбе с мошенничеством в рамках программы Medicaid Генеральной прокуратуры для расследования или судебного преследования за уголовные правонарушения со стороны поставщика медицинских услуг, связанные с предоставлением им медицинских услуг получателям, которые на тот момент имели право на получение льгот по программе Medicaid, или пациентам и резидентам или бывшим пациентам и резидентам учреждений долгосрочного стационарного ухода (при условии, что использование любой информации, полученной таким образом, недопустимо в уголовном процессе против пациента);
 - q) в Департамент штата по делам детей, молодежи и семьи (Department of Children, Youth, and Families) в связи с раскрытием медицинской информации детей, находящихся на попечении Департамента;
 - r) приемному родителю или родителям в связи с передачей медицинских документов детей, находящихся на попечении приемного родителя или родителей, при условии, что приемный родитель или родители проходят соответствующее обучение и у них постоянно есть возможность получить помощь со стороны надзорных органов в использовании конфиденциальной информации, которая может быть источником беспокойства для этих детей, или
 - s) в отдел по предотвращению мошенничества с компенсациями работникам в целях проведения расследований.
2. Психическое здоровье. Option Care Health не будет передавать информацию или документы без вашего письменного согласия, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Южная Каролина

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет раскрывать информацию о ваших рецептурных лекарственных препаратах без предварительного получения вашего согласия, за исключением следующего:
 - a) законная передача рецепта в соответствии со всеми законами штата и федеральными законами, регулирующими фармацевтическую практику;
 - b) общение между лицензированными специалистами-практиками, фармацевтами и другими медицинскими работниками, которые оказывают или оказывали вам услуги;
 - c) информация получена в результате запроса человеком информационных материалов у производителя или поставщика рецептурных лекарственных препаратов или устройств, отпускаемых по рецепту;
 - d) информация необходима для отзыва некачественного лекарственного препарата или устройства или для защиты здоровья и благополучия отдельного человека или населения в целом;
 - e) разглашение информации предусмотрено другими законами штата или федеральными законами, постановлением суда, повесткой в суд или нормативными актами (например, требованиями к аккредитации или лицензированию);
 - f) информация необходима для рассмотрения или обработки требований об оплате медицинского обслуживания, если получатель не использует информацию в иных целях и не передает ее другим;
 - g) пациент добровольно передает информацию организации, находящимся за рамками отношений между поставщиком медицинских услуг и пациентом;
 - h) информация с вашего письменного разрешения используется в клинических исследованиях, контролируемых экспертным советом организации;
 - i) информация не позволяет установить ваше полное имя или закодирована таким образом, что установит ваше полное имя или адрес, как правило, невозможно, и используется для эпидемиологических исследований, научных исследований, статистического анализа, оценки медицинских результатов или фармакоэкономических исследований;
 - j) информация передается в связи с продажей компании;
 - k) информацию необходимо раскрыть третьим сторонам в целях выполнения программ обеспечения качества, проверки медицинских документов, внутренних аудитов, ведения медицинской документации или аналогичных программ, если третья сторона не использует информацию в иных целях и не передает ее другим;
 - l) информация может быть раскрыта стороне, которая получает лекарственные препараты по рецепту от вашего имени; или
 - m) информация необходима для того, чтобы план медицинского страхования, лицензированный Департаментом страхования Южной Каролины (South Carolina Department of Insurance), осуществлял ведение пациентов, управление использованием ресурсов и лечение заболеваний в отношении лиц, являющихся членами этого плана медицинского страхования, если третья сторона не использует информацию в иных целях и не передает ее другим.
2. Раскрытие информации. Option Care Health не будет передавать информацию о вас или о характере оказываемых вам профессиональных аптечных услуг без вашего четкого выраженного согласия либо постановления или предписания суда, за исключением:
 - a) вас, вашего официального представителя или другого фармацевта, действующего от вашего имени;
 - b) специалиста-практика, выписавшего рецепт;
 - c) сертифицированного/лицензированного медицинского персонала, отвечающего за ваше медицинское обслуживание;
 - d) инспектора, официального представителя или расследователя Фармацевтического управления либо любого должностного лица федерального, окружного, муниципального органа власти или органа власти штата, в чьи обязанности входит обеспечение соблюдения законов штата Южная Каролина или Соединенных Штатов, касающихся лекарственных препаратов или устройств, и которое занимается конкретным расследованием, связанным с указанным лицом или лекарственным препаратом; и

- e) государственного учреждения, на которое возложена ответственность за оказание вам медицинской помощи, после письменного запроса уполномоченного представителя учреждения, запрашивающего информацию.
3. Генетическая информация. Option Care Health не будет раскрывать вашу генетическую информацию способом, позволяющим идентифицировать вас, без предварительного получения вашего информированного согласия в письменной форме, за исключением случаев, когда такое раскрытие разрешено законом.

Южная Дакота

1. Социальные услуги. Option Care Health будет использовать вашу информацию только в целях, непосредственно связанных с администрированием программы медицинской помощи. Мы не будем передавать вашу информацию без вашего разрешения.
2. Психическое здоровье. Option Care Health не будет передавать информацию или документы без вашего письменного согласия, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Теннесси

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет раскрывать ваши имя, фамилию, адрес и другую информацию, позволяющую установить личность, без вашего согласия никому, кроме:
- органа здравоохранения или органа власти штата в рамках отчетности, требуемой по закону;
 - заинтересованного стороннего плательщика с целью проверки использования ресурсов, ведения дел пациентов, проведения экспертных оценок или выполнения других административных функций; или
 - в ответ на повестку, выданную судом соответствующей юрисдикции.
2. Раскрытие информации. Прежде чем раскрывать информацию о пациентах по какой-либо причине, Option Care Health должна будет получить ваше разрешение, за исключением случаев, когда:
- раскрытие информации в полной мере отвечает вашим интересам;
 - информация подлежит раскрытию по закону; или
 - информация передается медицинскому работнику, имеющему полномочия выписывать рецепты, или при необходимости передавать содержащуюся в рецептах информацию, чтобы:
 - провести анализ предполагаемого применения лекарственного препарата в соответствии с требованиями закона;
 - помочь медицинским работникам, имеющим полномочия выписывать рецепты, получить полную картину о принимаемых вами лекарственных препаратах;
 - предотвратить злоупотребление лекарственным препаратом или устройством и не допустить использование контролируемых веществ не по назначению.
3. Продажа информации. Option Care Health не будет продавать информацию, содержащую ваше имя, фамилию, адрес и другие данные, по которым можно установить личность, с какой бы то ни было целью.

Техас

1. Раскрытие информации. Option Care Health будет предоставлять вашу конфиденциальную информацию только вам, вашему официальному представителю или:
- специалисту-практику или другому фармацевту, которым, по профессиональному мнению фармацевта, передача информации необходима для защиты вашего здоровья и благополучия;
 - Фармацевтическому управлению или другому федеральному органу или органу штата, уполномоченному законом получать такую информацию;
 - правоохранительному органу, занимающемуся расследованием предполагаемого нарушения законов о контролируемых веществах или Закона о профилактике наркомании и всеобъемлющем контроле за злоупотреблением наркотиками (Comprehensive Drug Abuse Prevention Control Act) 1970 года;
 - лицу, нанятому государственным органом, который выдает лицензии специалистам-практикам, если это лицо выполняет свои официальные обязанности;
 - страховой компании или другому стороннему плательщику, уполномоченному вами получать такую информацию.
2. Генетическая информация. Option Care Health не будет передавать вашу генетическую информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено законом.
3. ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это требуется или разрешено федеральным законодательством или законодательством штата, включая любое правило, которое считается необходимым в интересах общественного здравоохранения или в медицинских целях.
4. Medicaid и социальное обеспечение. Option Care Health не будет передавать вашу конфиденциальную информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.
5. Психическое здоровье. Option Care Health не будет передавать информацию или документы без вашего письменного согласия, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Юта

1. Раскрытие информации. Option Care Health не будет разглашать или обсуждать информацию, содержащуюся в вашем рецепте или профиле принимаемых лекарственных препаратов, с кем-либо, кроме:
- вас, вашего законного опекуна или уполномоченного вами лица;
 - сотрудника федерального, местного или органа штата по борьбе с наркотиками с законными полномочиями;
 - уполномоченного вами сотрудника сторонней платящей программы;
 - другого фармацевта, фармацевта-стажера, младшего фармацевта или специалиста-практика, имеющего право выписывать рецепты, который оказывает вам услуги или которому вы попросили нас передать ваш рецепт;
 - вашего адвоката, у которого есть письменное разрешение, подписанное:
 - вами в присутствии государственного нотариуса;
 - вашим родителем или законным опекуном, если вы несовершеннолетнее лицо;
 - вашим законным опекуном, если вы признаны недееспособным лицом;
 - нашим персональным представителем в случаях с умершими пациентами.

Вермонт

1. Раскрытие информации. Если у нас нет согласия пациента или постановления суда, Option Care Health не будет раскрывать информацию о пациенте или характере предоставляемых пациенту услуг никому, за исключением следующих лиц:
- пациента, его официального представителя или другого фармацевта, действующего от имени пациента;
 - специалиста-практика, выписавшего рецепт;
 - сертифицированного или лицензированного медицинского персонала, отвечающего за медицинское обслуживание пациента;
 - должностного лица Фармацевтического управления или федерального, окружного, муниципального органа власти или органа власти штата, которое обеспечивает соблюдение законодательства штата или федерального законодательства, касающегося лекарственных препаратов, в ходе расследования, связанного с конкретным лицом или лекарственным препаратом; или
 - государственного учреждения, ответственного за медицинское обслуживание пациента, по письменному запросу уполномоченного представителя учреждения.
2. Продажа информации. Option Care Health не будет продавать, предоставлять право на использование или обменивать на что-либо ценное регламентированные документы, содержащие информацию, позволяющую идентифицировать выписавшего рецепт врача, а также не будет разрешать использовать такие документы в целях маркетинга или продвижения рецептурного лекарственного препарата, если только врач не даст согласие в предусмотренном законом порядке, однако при условии, что вышеуказанные запреты не применяются к нижеперечисленным:
- продажа, предоставление права на использование или обмен на что-либо ценное регламентированных документов исключительно в целях возмещения расходов аптеке, соблюдения требований справочника рецептурных препаратов, управления медицинским обслуживанием пациентов, проверки использования ресурсов поставщиком медицинских услуг или страховой компанией пациента или их официальным представителем, а также в целях медицинских исследований;
 - выдача рецептурных лекарственных препаратов пациенту или уполномоченному представителю пациента;

- обмен содержащейся в рецепте информации между медицинским работником, имеющим полномочия выписывать рецепты, и лицензированной аптекой, обмен между лицензированными аптеками или передача такой информации в случае изменения или передачи права собственности на аптеку;
- предоставляемые пациенту просветительские материалы в рамках управления медицинским обслуживанием, касающиеся состояния здоровья, соблюдения предписанного курса терапии и другой информации, относящейся к отпускаемому лекарственному препарату, вариантам лечения, уведомлениям об отзыве препарата или безопасности пациента, а также о клинических испытаниях;
- сбор, использование или раскрытие содержащейся в рецептах информации или другая регуляторная деятельность, разрешенная законом;
- сбор и передача содержащейся в рецептах информации сотруднику правоохранительных органов штата Вермонт или федеральных правоохранительных органов, выполняющих свои официальные обязанности, если иное не предусмотрено законом;
- продажа, предоставление права на использование, обмен на что-либо ценное или использование данных пациента или медицинского работника, имеющего полномочия выписывать рецепты, в маркетинговых или рекламных целях, если данные не позволяют идентифицировать медицинского работника, выписавшего рецепт, и нет оснований полагать, что предоставленные данные могут быть использованы для идентификации врача, выписавшего рецепт.

Вирджиния

Нет никаких дополнительных материалов. См. Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации.

Вашингтон

1. Заболевания, передающиеся половым путем. Option Care Health не будет передавать связанную с ВИЧ информацию или информацию о вашем лечении в связи с заболеваниями, передающимся половым путем, без вашего специального письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется в соответствии с законодательством штата или федеральным законодательством.

Западная Вирджиния

1. Психическое здоровье. Option Care Health не будет раскрывать конфиденциальную информацию, относящуюся к лицу, которое проходит или прошло курс лечения в связи с психическим заболеванием, без письменного согласия этого лица, за исключением следующих обстоятельств:
- при наличии подписанного письменного согласия пациента или его законного опекуна;
 - в случае некоторых судебных разбирательств, предусматривающих принудительные омоты;
 - в связи с постановлением суда, в котором суд установил, что потребность в информации перевешивает важность сохранения конфиденциальности информации;
 - для защиты от явной и существенной опасности неминуемого причинения вреда человеком самому себе, другому лицу, персоналу психиатрического учреждения, где человек находится на лечении, или другому медицинскому работнику, участвующему в его лечении, в целях лечения или внутренней проверки.
2. ВИЧ/СПИД. Option Care Health не будет передавать конфиденциальную информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это требуется или разрешено федеральным законодательством или законодательством штата, включая любое правило, которое считается необходимым в интересах общественного здравоохранения или в медицинских целях.
3. Medicaid и социальное обеспечение. Option Care Health не будет передавать вашу конфиденциальную информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Висконсин

1. Раскрытие информации. Option Care Health может предоставить часть (но не копию вашей медицинской карты) следующим лицам при следующих обстоятельствах:
- если вы или ваш уполномоченный представитель не являетесь недееспособными, физически доступны и согласны на передачу, мы можем предоставить часть вашей медицинской карты любому лицу;
 - если вы или ваш уполномоченный представитель недееспособны, физически недоступны или если вследствие чрезвычайной ситуации невозможно получить ваше согласие или согласие вашего уполномоченного представителя и, в соответствии с профессиональным мнением поставщика медицинских услуг, установлено, что передача части вашей медицинской информации в полной мере соответствует вашим интересам, мы можем передать:
 - вашему близкому родственнику или другому родственнику, близкому другу или человеку, которого вы указали, ту часть вашей карты, которая имеет непосредственное отношение к участию этого члена семьи, родственника, друга или человека в вашем медицинском обслуживании; и
 - любому человеку ту часть, которая необходима, чтобы идентифицировать, определить местонахождение или уведомить ближайшего родственника пациента или другое лицо, ответственное за ваше лечение, о вашем местонахождении, общем состоянии или смерти.

Мы не будем передавать медицинские документы получателей медицинских услуг на дому без разрешения, кроме как в случае вашего перевода в медицинское учреждение.

2. Информация о ВИЧ/СПИД. Мы не будем передавать вашу информацию, связанную с ВИЧ/СПИД, без вашего специального письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено законом. Пациент, самостоятельно оплачивающий услуги в частном порядке, может запретить передачу своей информации, связанной с ВИЧ/СПИД, исследователю, если он ежедневно подает нам подписанный письменный запрос о запрете на передачу информации.
3. Информация о психическом здоровье и злоупотреблении психоактивными веществами. Мы должны получить ваше письменное согласие на разглашение информации о вашем психическом здоровье и злоупотреблении психоактивными веществами, за исключением случаев, когда разглашение без вашего согласия разрешено законом.
4. Генетические исследования. Мы не будем передавать вашу генетическую информацию без вашего предварительного информированного согласия в письменной форме.
5. Венерические/инфекционные заболевания. По закону мы обязаны сообщать об этих заболеваниях сотруднику местного органа здравоохранения или эпидемиологу штата, и они обязаны обеспечивать конфиденциальность информации.

Вайоминг

1. Раскрытие информации. Если Option Care Health не получила вашего разрешения, мы будем раскрывать вашу информацию только:
- вам или по вашему указанию тем специалистам-практикам и другим фармацевтам, которым, по профессиональному мнению фармацевта, передача информации необходима для лечения, защиты вашего здоровья и благополучия;
 - другим лицензированным специалистам, которые занимаются вашим лечением; и
 - другим лицам или государственным учреждениям, которые на законных основаниях могут проводить расследования в связи с нарушениями закона об обороте контролируемых веществ.
2. Психическое здоровье и злоупотребление психоактивными веществами. Option Care Health не будет раскрывать информацию о вашем психическом здоровье и злоупотреблении психоактивными веществами, за исключением случаев, когда разглашение без вашего согласия разрешено законом.
3. Заболевания, передающиеся половым путем/ВИЧ/СПИД. Мы не будем передавать вашу информацию, связанную с заболеваниями, передающимися половым путем, включая ВИЧ и СПИД, без вашего специального письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено законом.
4. Генетическая информация. Мы не будем передавать вашу генетическую информацию без вашего предварительного информированного согласия в письменной форме.
5. Medicaid и социальное обеспечение. Option Care Health не будет передавать вашу конфиденциальную информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, когда это разрешено или требуется по закону.

Стандарты поставщиков медицинского оборудования длительного пользования, протезов, ортопедических приспособлений и расходных материалов (DMEPOS) по программе Medicare

ПРИМЕЧАНИЕ. Это сокращенная версия стандартов поставщиков, которым должен соответствовать каждый поставщик DMEPOS по программе Medicare, чтобы получить и сохранить свои привилегии выставления счетов. Эти стандарты в полном объеме приведены в разделе 424.57(c) титула 42 Свода федеральных нормативно-правовых актов США (42.C.F.R. 424.57(c)).

1. Поставщик должен соответствовать всем применимым федеральным лицензионным и нормативным требованиям, а также лицензионным и нормативным требованиям штата.
2. Поставщик должен предоставить полную и точную информацию в заявке поставщика DMEPOS. Обо всех изменениях в этой информации необходимо сообщать в Национальный центр информации о поставщиках (National Supplier Clearinghouse) в течение 30 дней.
3. Поставщик должен обеспечить подписание заявки на регистрацию для получения привилегий выставления счетов уполномоченным лицом (чья подпись обязательна).
4. Поставщик должен выполнять заказы из своих собственных запасов или заключать договоры с другими компаниями на покупку товаров и изделий, необходимых для выполнения заказов. Поставщик не может заключать договор с какой-либо организацией, которая в настоящее время исключена из программы Medicare, любых программ штата в области здравоохранения или любых других федеральных программ по закупкам или федеральных программ, не связанных с закупками.
5. Поставщик должен уведомить бенефициаров о том, что они могут арендовать или приобрести недорогое или приобретаемое в обычном порядке медицинское оборудование длительного пользования, а также о возможности приобретения оборудования с ограниченным сроком аренды.
6. Поставщик должен уведомить бенефициаров о гарантийном покрытии и соблюдать все гарантии в соответствии с применимым законодательством штата, а также бесплатно ремонтировать или осуществлять замену изделия, на которое распространяется страховое покрытие бенефициара, в течение гарантийного периода.
7. Поставщик должен иметь физическое помещение в соответствующем месте, и на нем на видном месте должна быть вывеска с указанием часов работы. Помещение должно быть доступно для людей и укомплектовано персоналом в указанные на вывеске рабочие часы. Площадь помещения должна составлять не менее 200 кв. футов (18,5 кв. м), и в нем должно быть место для хранения документов.
8. Поставщик должен разрешать Центрам обслуживания программ Medicare и Medicaid (CMS) или их официальным представителям проводить проверки на месте на предмет соответствия поставщика этим стандартам.
9. Поставщик должен поддерживать в рабочем состоянии основной рабочий телефон, указанный под названием организации в местном справочнике, или иметь номер телефона для бесплатных звонков, доступных через справочную службу. Использование в исключительных случаях пейджера, автоответчика, голосовой почты или мобильного телефона в установленные рабочие часы запрещено.
10. Поставщик должен иметь комплексное страхование ответственности на сумму не менее 300,000 долларов США, которое распространяется как на само коммерческое предприятие поставщика, так и на всех клиентов и сотрудников поставщика. Если поставщик производит свои собственные изделия, эта страховка должна также покрывать ответственность за продукт и завершённые операции.
11. Поставщику запрещается напрямую навязывать услуги бенефициарам программы Medicare. См. полную информацию об этом запрете в разделе 424.57 (c) (11) титула 42 Свода федеральных нормативно-правовых актов США (42 CFR § 424.57 (c) (11)).
12. Поставщик несет ответственность за доставку и должен инструктировать бенефициаров об использовании товаров и изделий, покрываемых программой Medicare, а также документально оформлять доставку и инструктаж бенефициара.
13. Поставщик должен отвечать на вопросы и реагировать на жалобы бенефициаров и вести документацию о таких контактах.
14. Поставщик обязан бесплатно обслуживать и производить замену любых товаров и изделий, покрываемых программой Medicare, которые он сдал в аренду бенефициарам, либо самостоятельно, либо через договор на обслуживание с другой компанией.
15. Поставщик должен принимать возвращаемые некачественные (ниже полноценного качества для конкретного изделия) или неподходящие товары и изделия (неподходящие для бенефициара на момент их установки, аренды или продажи) от бенефициаров.
16. Поставщик должен знакомить с этими стандартами каждого бенефициара, которому он поставяет товары и изделия, покрываемые программой Medicare.
17. Поставщик должен сообщать информацию о любом лице, имеющем право собственности, финансовую или контрольную долю в коммерческом предприятии поставщика.
18. Поставщик не должен передавать или переуступать номер поставщика (т. е. поставщик не может продавать или разрешать другой организации использовать его платежный номер Medicare).
19. Поставщик должен иметь протокол разрешения жалоб для рассмотрения жалоб бенефициаров, которые касаются соблюдения этих стандартов. Учет этих жалоб должен вестись в физическом офисе.
20. Записи о жалобе должны включать: имя, фамилию, адрес, номер телефона и идентификационный номер бенефициара Medicare, краткое изложение жалобы и всех действий, предпринятых для ее разрешения.
21. Поставщик должен согласиться предоставлять CMS любую информацию, требуемую в соответствии с законом и нормативными актами в отношении Medicare.
22. Чтобы получить и сохранять платежный номер поставщика, все поставщики должны быть аккредитованы одобренной CMS организацией по аккредитации. В документе об аккредитации должны быть указаны конкретные продукты и услуги, на поставку или оказание которых поставщик имеет право, чтобы он мог получать оплату за эти конкретные продукты и услуги (за исключением некоторых фармацевтических препаратов, которые не подлежат налогообложению).
23. Все поставщики должны уведомлять свою аккредитационную организацию об открытии нового офиса DMEPOS.
24. Все офисы поставщиков, находящиеся в их собственности или привлеченные по договору субподряда, должны соответствовать стандартам качества DMEPOS и быть отдельно аккредитованы для выставления счетов Medicare.
25. При регистрации все поставщики должны раскрывать все продукты и услуги, включая добавление новых продуктовых линеек, в отношении которых они подали заявление на аккредитацию.
26. Поставщик должен соответствовать требованиям в отношении поручительства (см. § 424.57(d) титула 42 Свода федеральных нормативно-правовых актов США (42 CFR § 424.57(d))).
27. Поставщик должен получать кислород у поставщика кислорода, имеющего лицензию штата.
28. Поставщик должен вести документацию по заказам и иметь справочную документацию в соответствии с положениями § 424.516(f) титула 42 Свода федеральных нормативно-правовых актов США (42 CFR § 424.516(f)).
29. Поставщику запрещено использовать место осуществления деятельности совместно с другими поставщиками услуг Medicare.
30. Офис поставщика должен быть открытым для посетителей минимум 30 часов в неделю, за исключением врачей (см. раздел 1848(j) (3) Закона), физиотерапевтов, эрготерапевтов или поставщика DMEPOS, работающего с ортопедическими изделиями и протезами, изготавливаемыми на заказ.

Как вариант, поставщики DMEPOS могут предоставить следующее заявление, чтобы выполнить требование, изложенное в стандарте поставщика 16, вместо предоставления копии стандартов бенефициару.

Продукты и (или) услуги, предоставляемые вам Option Care Health и ее дочерними компаниями, подпадают под стандарты поставщиков, содержащиеся в федеральных правилах, изложенных в разделе 424.57(c) титула 42 Свода федеральных нормативно-правовых актов США (42 Code of Federal Regulations Section 424.57(c)). Эти стандарты касаются деловых, профессиональных и операционных вопросов (например, соблюдения требований в отношении гарантий и часов работы). См. полный текст этих стандартов на веб-сайте <http://www.ecfr.gov>.

Важная контактная информация

Имя и фамилия
наблюдающего поставщика услуг:

Номер телефона
наблюдающего поставщика услуг:

Имя и фамилия
контактного лица на случай чрезвычайной ситуации:

Номер телефона
контактного лица на случай чрезвычайной ситуации:

Центр передового опыта
Option Care Health

Номер телефона
центра передового опыта
Option Care Health

Добавочный номер
координатора-нутрициониста
Option Care Health

Раздел 11

Листки регистрации данных

Листок регистрации данных, связанных с энтеральным питанием

	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь
Масса тела						
Название смеси						
Количество смеси						
Переносимость/ комментарии/ длина зонда						

	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь
Масса тела						
Название смеси						
Количество смеси						
Переносимость/ комментарии/ длина зонда						

Отслеживание запаса принадлежностей для введения энтерального питания

	Дата ___/___	Дата ___/___	Дата ___/___	Дата ___/___	Дата ___/___	Дата ___/___
Название смеси						
Количество смеси						
Шприцы						
Лейкопластырь						
Удлинительные инфузионные линии (если используется низкопрофильный Г-зонд)						
Пакеты со смесью (при использовании насоса или введении питания гравитационным методом)						
Пакет для введения питания гравитационным методом в случае нештатной ситуации (при использовании насоса)						
Другие принадлежности:						

Дополнительные копии этих листов регистрации данных, связанных с энтеральным питанием, можно скачать на веб-сайте optioncarehealth.com.

Для заметок



Отделения Option Care Health аккредитованы Комиссией по аккредитации медицинских учреждений (Accreditation Commission for Health Care, ACHC). Номера организаций по медицинскому обслуживанию на дому (Home Health Agencies, HHA) можно посмотреть на веб-сайте optioncarehealth.com.
© Option Care Health, Inc., 2022 г. Все права защищены. 20OCH07038-0422



option care health®