

PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES
(PCPMC – Revised August, 2018)
DROITS ET RESPONSABILITÉS DU PATIENT
(PCPMC – Révisé en août 2018)

PATIENT RIGHTS:
DROITS DU PATIENT :

As our patient, we have the responsibility to respect, protect, and promote your rights. You are a key member of your Health Care Team and you have the right to:
Puisque vous êtes l'un de nos patients, nous avons la responsabilité de respecter, protéger et promouvoir vos droits. Vous êtes un membre clé de votre équipe de soins de santé et vous avez le droit de ce qui suit :

- Receive safe, quality care through the services that the hospital provides.
- Recevoir des soins de qualité et en toute sécurité grâce aux services fournis par l'hôpital.
- Receive care and have visitation privileges without being discriminated against because of age, race, color, national origin, language, religion, culture, disability, sex, gender identity or expression, sexual orientation, or ability to pay.
- Recevoir les soins et bénéficier des privilèges de visite sans subir de discrimination fondée sur l'âge, la race, la couleur, l'origine nationale, la langue, la religion, la culture, le handicap, le sexe, l'identité ou l'expression sexuelle, l'orientation sexuelle ou la capacité de payer.
- Choose who can and cannot visit you, without regard to legal relationship, race, color, national origin, religion, sex, sexual orientation, gender identity or disability. You may withdraw or deny consent for visitation at any time.
- Choisir qui peut ou non vous rendre visite, indépendamment de la relation juridique, de la race, de la couleur, de l'origine nationale, de la religion, du sexe, de l'orientation ou de l'identité sexuelle ou du handicap. Vous pouvez retirer votre consentement ou refuser une visite à tout moment.
- Be informed when the hospital restricts your visitation rights for your health or safety, or the health or safety of patients, employees, physicians or visitors.
- Être informé(e) lorsque l'hôpital limite vos droits de visite en raison de votre santé ou votre sécurité, ou en raison de la santé ou la sécurité des patients, employés, médecins ou visiteurs.
- Be informed of the hospital's policies about your rights and health care.
- Être informé(e) des politiques de l'hôpital concernant vos droits et vos soins de santé.
- Be treated with respect and dignity and be protected from abuse, neglect, exploitation and harassment.
- Être traité(e) avec respect et dignité et être protégé(e) contre les abus, la négligence, l'exploitation et le harcèlement.

- Have your own physician and/or a family member, support person, or other individual be notified promptly of your admission to the hospital.
- Faire prévenir rapidement votre médecin et/ou un membre de votre famille, une personne de confiance ou toute autre personne de votre admission à l'hôpital.
- Know the names and roles of hospital staff caring for you.
- Connaître les noms et les fonctions du personnel hospitalier qui prend soin de vous.
- Have a family member, support person, or other individual present with you for emotional support during the course of your stay, unless the individual's presence infringes on others' rights, safety, or is medically or therapeutically contraindicated.
- Vous faire accompagner pendant votre séjour par un membre de votre famille, une personne de confiance ou une autre personne, à moins que la présence de celle-ci ne porte atteinte aux droits ou à la sécurité d'autrui ou soit contre-indiquée pour raison médicale ou thérapeutique.
- Have a family member, support person, or other individual involved in treatment decisions or make health care decisions for you, to the extent permitted by law.
- Permettre à un membre de votre famille, une personne de confiance ou une autre personne de participer aux décisions liées à votre traitement ou de prendre, pour vous, des décisions concernant vos soins de santé, dans la mesure permise par la loi.
- Have an Advance Directive (health care directive, durable power of attorney for health care, or living will) that states your wishes and values for health care decisions when you cannot speak for yourself.
- Faire valoir une Advance Directive (directive sur les soins de santé, procuration durable pour les soins de santé ou directive de fin de vie) qui énonce vos souhaits et vos valeurs pour les décisions relatives aux soins de santé lorsque vous ne pouvez pas vous exprimer en votre propre nom.
- Be informed about your health problems, treatment options, and likely or unanticipated outcomes so you can take part in developing, implementing and revising your plan of care and discharge planning. Discharge planning includes deciding about care options, choice of agencies or need to transfer to another facility.
- Être informé(e) sur vos problèmes de santé, les options de traitement et les résultats probables ou imprévus, de sorte que vous puissiez participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la révision de votre plan de soins ainsi qu'à la planification de votre sortie. La planification de sortie inclut les décisions relatives aux options de soins, au choix des organismes ou à la nécessité de transfert vers un autre établissement.
- Have information about the outcome of your care, including unanticipated outcomes.
- Être tenu informé(e) des résultats de vos soins, y compris les résultats imprévus.
- Request, accept and/or refuse care, treatment or services as allowed by hospital policy and the law, and be informed of the medical consequences of your any refusal of care.

- Demander, accepter et/ou refuser des soins, traitements ou services de la manière autorisée par la politique hospitalière et la législation en vigueur, et être informé(e) des conséquences médicales de tout refus de soins.
- Ask for a change of care provider or a second opinion.
- Demander à changer de personnel traitant ou demander un deuxième avis.
- Have information provided to you in a manner that meets your needs and is tailored to your age, preferred language, and ability to understand.
- Recevoir les informations d'une manière adaptée à vos besoins, à votre âge, à votre langue préférée et à votre capacité à comprendre.
- Have access to an interpreter and/or translation services to help you understand medical and financial information.
- Avoir accès aux services d'un(e) interprète ou de traduction pour vous aider à comprendre les informations médicales et financières.
- Have your pain assessed and managed.
- Voir votre douleur prise en considération et traitée.
- Have privacy and confidentiality when you are receiving care.
- Bénéficier d'intimité et de confidentialité lorsque vous recevez des soins.
- Practice and seek advice about your cultural, spiritual and ethical beliefs, as long as this does not interfere with the well being of others.
- Pratiquer et demander conseil dans le cadre de vos croyances culturelles, spirituelles et éthiques, dans la mesure où cela ne perturbe pas le bien-être d'autrui.
- Request religious and spiritual services.
- Demander des services religieux et spirituels.
- Request a consult from the Ethics Committee to help you work through difficult decisions about your care.
- Demander une consultation du comité d'éthique pour vous aider à prendre des décisions difficiles relatives aux soins qui vous sont administrés.
- Consent or refuse to take part in research studies as well as recordings, films or other images made for external use.
- Accepter ou refuser de prendre part à des études de recherche ainsi qu'à des enregistrements, films ou autres images réalisés pour une utilisation externe.
- Be free from restraints or seclusion, unless medically necessary or needed to keep you or others safe. If necessary, any form of restraint or seclusion will be performed in accordance with safety standards required by state and federal law.
- Ne pas être soumis(e) à des contraintes ou à l'isolement, à moins que cela ne soit nécessaire sur le plan médical ou pour garantir votre sécurité ou celle d'autrui. Le cas échéant, toute forme de contention ou d'isolement sera mise en place conformément aux normes de sécurité exigées par les législations nationale et fédérale en vigueur.

- Have a safe environment, including zero tolerance for violence, and the right to use your clothes and personal items in a reasonably protected environment.
- Se trouver dans un environnement sûr, ce qui inclut une tolérance zéro pour la violence, et le droit de porter vos vêtements et vos effets personnels dans un environnement raisonnablement protégé.
- Take part in decisions about restricting visitors, mail or phone calls.
- Prendre part aux décisions liées à la restriction des visiteurs, du courrier ou des appels téléphoniques.
- Receive protective oversight while a patient in the hospital, and receive a list of patient advocacy services (such as protective services, guardianship, etc.).
- Bénéficier d'une vigilance protectrice durant votre séjour en tant que patient(e) de l'hôpital et recevoir une liste des services de défense des patients (tels que services de protection, tutelle, etc.).
- Receive compassionate care at the end of life.
- Recevoir des soins compatissants en fin de vie.
- Donate, request or refuse organ and tissue donations.
- Accorder, demander ou refuser des dons d'organes et de tissus.
- Review your medical record and receive answers to questions you may have about it. You may request amendments to your record and may obtain copies at a fair cost in a reasonable time frame.
- Avoir accès à votre dossier médical et recevoir des réponses aux questions que vous pourriez vous poser à ce sujet. Vous pouvez demander d'apporter des modifications à votre dossier et obtenir des copies à un coût raisonnable, dans un délai raisonnable.
- Have your records kept confidential; they will only be shared with your caregivers and those who can legally see them. You may request information on who has received your record.
- Conserver vos dossiers confidentiels. Ils ne seront partagés qu'avec vos soignants et les personnes pouvant légalement y avoir accès. Vous pouvez demander des informations sur les personnes qui ont reçu votre dossier.
- Receive a copy of and details about your bill.
- Recevoir un exemple détaillé de votre facture.
- Ask about and be informed of business relationships among payors, hospitals, educational institutions, and other health care providers that may affect your care.
- Demander et être informé(e) sur les relations commerciales existant entre les organismes payeurs, les hôpitaux, les établissements d'enseignement ainsi que sur les autres prestataires de soins de santé susceptibles d'avoir une incidence sur vos soins.

- Know the hospital's grievance process and share a concern or grievance about your care either verbally or in writing and receive a timely written notice of the resolution. If you have a grievance or concern, please contact Corporate Compliance at 573-458-7613. You may also contact Corporate Compliance at 1-844-840-8229.
- Connaître la procédure de règlement des griefs de l'hôpital, partager une préoccupation ou un grief au sujet de vos soins, par voie orale ou écrite, et recevoir, en temps opportun, un avis écrit à propos de la résolution. Si vous avez un grief ou une préoccupation, veuillez contacter le service de Corporate Compliance au 573-458-7613. Vous pouvez également contacter le service de Corporate Compliance au 1-844-840-8229.

Missouri Department of Health & Senior Services
 Health Services Regulation
 P.O. Box 570
 Jefferson City, MO 65102-0570
 Phone: 1-573-751-6303

Missouri Department of Health & Senior Services
 Health Services Regulation
 P.O. Box 570
 Jefferson City, MO 65102-0570
 Téléphone : 1-573-751-6303

The Joint Commission
 Office of Quality Monitoring
 One Renaissance Boulevard
 Oakbrook Terrace, IL 60181
 Email: complaint@jointcommission.org
 Fax: 1-630-792-5636
 Complaint Line: 1-800-994-6610

The Joint Commission
 Office of Quality Monitoring
 One Renaissance Boulevard
 Oakbrook Terrace, IL 60181
 Adresse électronique : complaint@jointcommission.org
 Télécopie : 1-630-792-5636
 Service téléphonique des plaintes : 1-800-994-6610

Primaris, Inc.
 Quality Improvement Organization
 200 North Keene Street
 Columbia, MO 65201
 Medicare Beneficiary Protection Hotline: 1-800-347-1016
 Premature Discharge Appeals: 1-866-902-1813

Primaris, Inc.
Quality Improvement Organization
200 North Keene Street
Columbia, MO 65201
Ligne directe de protection des bénéficiaires de Medicare : 1-800-347-1016
Appels relatifs à une sortie anticipée : 1-866-902-1813

PATIENT RESPONSIBILITIES RESPONSABILITÉS DU PATIENT

You and/or your family member, support person, or other designated individual acting on your behalf have the responsibility to:

Vous et/ou le membre de votre famille, la personne de confiance ou toute autre personne désignée agissant en votre nom, avez les responsabilités suivantes :

- Provide correct and complete information about yourself and your health, including present complaints, past health problems and hospital visits, medications you have taken and are taking (including prescriptions, over-the-counter and herbal medicines), and any other information you think your caregivers need to know.
- Fournir des informations correctes et complètes à propos de vous et de votre santé, y compris les plaintes en cours, vos antécédents médicaux et visites à l'hôpital, les médicaments que vous avez pris et que vous prenez (ce qui inclut les médicaments sous ordonnances, en vente libre et à base de plantes) ainsi que toute autre information dont les soignants doivent avoir connaissance.
- Follow your agreed-upon care plan and report any unexpected changes in your condition to your doctor.
- Suivre le plan de soins convenu et signaler à votre médecin tout changement imprévu de votre état.
- Ask questions when you do not understand your care, treatment, and services or what you are expected to do. Express any concerns about your ability to follow your proposed care plan or course of care, treatment, and services.
- Poser des questions lorsque vous ne comprenez pas vos soins, traitements et services ou ce que vous êtes censé(e) faire. Exprimer toute préoccupation liée à votre capacité à respecter le plan de soins ou le déroulement des soins, traitements et services qui vous sont proposés.
- Accept consequences for the outcomes if you do not follow the care, treatment, and service plan.
- Accepter les conséquences des résultats si vous ne respectez pas le plan de soins, de traitement ou de service.

- Speak up and share your views about your care or service needs and expectations, including your pain needs and any perceived risk or safety issues.
- Exprimer et partager votre point de vue sur vos besoins et attentes en matière de soins ou de services, y compris vos besoins concernant la gestion de la douleur et tout risque ou problème de sécurité ressenti.
- Provide correct and complete information about your Advance Directive if you have one and provide a current copy.
- Si vous avez une Advance Directive, transmettre des informations complètes et correctes la concernant et en fournir une copie à jour.
- Respect the rights, property, privacy, dignity, and confidentiality of patients and others in the hospital.
- Respecter les droits, la propriété, la vie privée, la dignité et la confidentialité des patients et des autres personnes à l'hôpital.
- Be respectful in your interactions with other patients, employees, physicians and visitors without regard to age, race, color, national origin, language, religion, culture, disability, socioeconomic status, sex, gender identity or expression, or sexual orientation.
- Dans vos interactions, vous montrer respectueux envers les autres patients, les employés, médecins et visiteurs, sans égard à leur âge, race, couleur, origine nationale, langue, religion, culture, handicap, statut socioéconomique, sexe, identité ou expression sexuelle ou orientation sexuelle.
- Follow instructions, hospital policies, rules and regulations which include respecting property and helping control noise.
- Suivre les instructions, les politiques, les règles et les règlements de l'hôpital, ce qui inclut le respect de la propriété et aider à contrôler le bruit.
- Leave your valuables and personal belongings at home, have your family members take them home, or have them placed with Security until you are discharged.
- Laisser vos objets de valeur et effets personnels à votre domicile, demander aux membres de votre famille de les ramener chez vous ou les faire mettre en lieu sûr jusqu'à votre sortie.
- Keep our environment tobacco-free. You may not use any tobacco products while inside or outside this health care facility.
- Garder notre environnement sans tabac. Vous ne pouvez pas utiliser de produits du tabac dans ou à l'extérieur de cet établissement de soins de santé.
- Keep a safe environment free of drugs, alcohol, weapons, and violence of any kind, including verbal intimidation.
- Conserver un environnement sûr, exempt de drogues, d'alcool, d'arme et de violence, ce qui inclut l'intimidation verbale.

- Provide correct and complete information about your financial status as best you can and promptly meet any financial obligations to the hospital.
- Fournir, autant que possible, des informations correctes et complètes sur votre situation financière et remplir rapidement vos obligations financières envers l'hôpital.
- For more information about your Patient Rights and Responsibilities, please call Corporate Compliance at 573-458-7613.
- Pour de plus amples informations sur les droits et responsabilités des patients, veuillez contacter le service de Corporate Compliance au 573-458-7613.