



## ***YOUR PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES***

Welcome to TriHealth and thank you for choosing us to be your healthcare provider. By talking to your caregivers and participating in planning your care, you will help make sure the care you receive respects your wishes and values. These rights and responsibilities apply to the adult patient and to the infant, child and adolescent patient and their parents or guardians.

## ***VOS DROITS ET RESPONSABILITÉS EN TANT QUE PATIENT***

Bienvenue à TriHealth et merci de nous avoir choisis pour être votre professionnel de santé. En discutant avec vos soignants et en participant à l'organisation de vos soins, vous vous assurez que les soins que vous recevez sont en accord avec vos souhaits et valeurs. Ces droits et responsabilités s'appliquent au patient adulte et au nourrisson, à l'enfant et à l'adolescent, ainsi qu'à leurs parents et tuteurs.

### **AS A PATIENT, YOU HAVE THE RIGHT TO:**

### **EN TANT QUE PATIENT, VOUS AVEZ LE DROIT :**

1. Be told about your rights and responsibilities before you get treatment and care  
1. D'être informé de vos droits et responsabilités avant de recevoir un traitement et des soins
2. Ask the Patient Representative to help you understand your rights and responsibilities  
2. De demander au Représentant des patients qu'il vous aide à comprendre vos droits et responsabilités
3. Be treated with respect and dignity  
3. D'être traité avec respect et dignité
4. Be free from any form of discrimination based on race, ethnicity, culture, language, socioeconomic status, religion, gender identity or expression, age, national origin, sexual orientation, disability or method of payment.  
4. De ne subir aucune discrimination en termes de race, d'appartenance ethnique, de culture, de langue, de statut socio-économique, de religion, d'identité ou d'expression sexuelle, d'âge, de nationalité, d'orientation sexuelle, de handicap ou de méthode de paiement.
5. Ask that a family member (or representative of your choice) and your doctor be told that you have been admitted to the hospital  
5. De demander qu'un membre de votre famille (ou représentant de votre choix) ou votre médecin soit informé de votre admission à l'hôpital.
6. Have the visitors you name, including your spouse, domestic partner (or same sex domestic partner), a family member or friend. You can agree to or limit your visitors at any time.  
6. De recevoir les visiteurs que vous nommez, y compris votre épouse/mari, votre concubin (ou concubin de même sexe), un membre de votre famille ou un ami. Vous pouvez accepter de recevoir ou limiter les visites à tout moment.



7. The presence of a support individual of your choice, unless that person's presence infringes on other's rights, safety or it interferes with medical care.
7. La présence d'une personne aidante de votre choix, sauf si la présence de cette personne ne respecte pas les droits ou la sécurité d'autrui ou perturbe les soins médicaux.
8. Know the name and role of your caregivers, including doctors and students
8. De connaître le nom et le rôle de vos soignants y compris les médecins et les étudiants.
9. Get information in words you can understand. This includes help (at no charge) with language interpretation or help for hearing impairment
9. De recevoir des informations rédigées en des termes que vous comprenez. Ceci inclut l'aide (gratuite) d'un interprète en langues ou en langue des signes.
10. Expect that all information and communication about your care is kept confidential
10. De vous attendre à ce que toutes les informations et communications concernant vos soins demeurent confidentielles.
11. Set a goal about managing your pain with your doctors and nurses
11. De définir avec les médecins et le personnel infirmier un objectif en termes de gestion de votre douleur.
12. Get information from your doctor about your illness, treatment and outlook
12. De recevoir de la part de votre médecin des informations concernant de votre maladie, de votre traitement et de ses perspectives.
13. Get information about a surgery or procedure your doctor is planning before you agree to it including what will happen if you say no to it
13. De recevoir des informations concernant la chirurgie ou la procédure que votre médecin planifie avant que vous ne donniez votre accord, y compris être informé de ce qu'il se passera si vous refusez.
14. Agree to or refuse treatment that involves research or experimental treatments
14. D'accepter de ou refuser un traitement qui implique de la recherche ou des traitements expérimentaux.
15. Ask and pay for a second opinion from another doctor
15. De demander et payer pour un second avis auprès d'un autre médecin.
16. Make decisions with your doctor about using the machines that keep a person alive
16. De prendre des décisions avec votre médecin concernant l'usage de machines assurant le maintien de vie.
17. Make an advance directive about treatment (a living will or health care power of attorney) and name someone to make decisions for you when you are unable
17. De donner des directives préalables concernant le traitement (une volonté de son vivant ou une procuration de santé) et de désigner une personne qui prendra des décisions en votre nom dans l'éventualité où vous ne seriez pas en mesure de le faire.
18. Ask about giving your organs and tissue if you want to donate them
18. De demander des informations sur le don d'organes ou de tissus si vous souhaitez en faire don.
19. Ask for help from the Ethics Committee about hard treatment choices
19. De solliciter l'aide du Comité de protection des personnes concernant les décisions difficiles en matière de traitement.

20. Have visitors, mail and telephone calls unless it is needed for your care to limit them. The team will include you in the decision and explain it so you can understand.
20. De recevoir des visites, des e-mails et des appels téléphoniques, sauf si votre traitement impose de les limiter. L'équipe vous inclura dans la décision et vous l'expliquera, afin que vous puissiez la comprendre.
21. Have your cultural or religious needs supported when the hospital can do it
21. D'être aidé dans la pratique de vos besoins culturels et religieux lorsque l'hôpital peut le faire.
22. Be moved to another hospital or place for care when medically needed
22. D'être déplacé dans un autre hôpital ou lieu de soins lorsque cela s'avère nécessaire sur le plan médical.
23. Expect care that is based on evidence, research and medical standards
23. De recevoir des soins basés sur des données probantes, la recherche et les normes médicales.
24. Expect continuity of care and get help in planning after-hospital care
24. De recevoir des soins ininterrompus et d'être aidé dans la planification des soins après hospitalisation.
25. Ask to see your health information
25. De demander à voir vos informations de santé
26. Agree or refuse to be in films, recordings or pictures not needed for your care
26. D'accepter ou de refuser d'apparaître dans des films, des enregistrements ou des photos qui ne sont pas indispensables pour vos soins.
27. Expect reasonable safety while you are in TriHealth hospitals and locations
27. De bénéficier d'une sécurité raisonnable lorsque vous vous trouvez dans les hôpitaux et locaux de TriHealth.
28. Be free from restraint or seclusion that is not medically needed
28. De ne pas faire l'objet de toute restriction ou confinement qui ne serait pas nécessaire d'un point de vue médical.
29. Access protective services such as guardianship, child or adult protective services
29. De bénéficier de services de protection, tels que des services de tutelle, ou des services de protection de l'enfant ou de l'adulte.
30. Know about how to complain or file a grievance about your care or service to the caregiver, manager of Patient Relations department
30. D'être informé des modalités concernant une réclamation au sujet de vos soins ou des services à l'encontre du soignant, du responsable du service des Relations avec les patients.
31. Know how to complain to the Ohio Department of Health or to the Joint Commission
31. D'être informé des modalités de dépôt de réclamation auprès du Service de santé de l'Ohio ou de la Commission conjointe.
32. Get information about relationships between TriHealth and services you are referred to
32. De recevoir des informations concernant les relations entre TriHealth et les services dans lesquels vous êtes orienté.
33. An explanation of your bill and receive information about financial aid
33. Une explication de votre facture et recevoir des informations concernant les aides financières.

34. Be informed of your Medicare benefit rights if you receive Medicare insurance

34. D'être informé de vos droits à des prestations Medicare si vous avez une assurance-maladie.

**AS A PATIENT YOUR RESPONSIBILITIES ARE TO:**

**EN TANT QUE PATIENT, VOS RESPONSABILITÉS SONT :**

1. Be considerate of the rights of other patients and TriHealth personnel; follow hospital policy about visitors, telephone use, no-smoking and respecting hospital and personal property.  
1. De respecter les droits des autres patients et du personnel de TriHealth ; de suivre la politique de l'hôpital au sujet des visiteurs, de l'usage du téléphone, de l'interdiction de fumer et du respect de l'hôpital et des biens du personnel.
2. Provide to the best of your knowledge accurate and complete information about your symptoms, past illnesses, hospitalizations, medications and other matters relating to your health or plan of care. This includes reporting any unexpected changes in your condition.  
2. De fournir, autant que faire se peut, des informations précises et complètes concernant vos symptômes, de vos maladies antérieures, vos hospitalisations, vos médicaments et autres éléments relatifs votre santé et vos soins. Cela inclut la communication toute modification inattendue de votre état de santé.
3. Ask your doctor or nurse what you can expect regarding pain management and to help your doctor and nurse with your pain management.  
3. De demander à votre médecin ou au personnel infirmier ce que vous pouvez attendre en termes de gestion de la douleur et d'aider votre médecin et le personnel infirmier pour la gestion de votre douleur.
4. Cooperate with your doctors, nurses and other care givers in your diagnosis and treatment.  
4. De coopérer avec vos médecins, le personnel infirmier et les autres soignants pour votre diagnostic et votre traitement.
5. Ask questions when you do not understand the explanation about your care or services  
5. De poser des questions lorsque vous ne comprenez pas les explications fournies au sujet de vos soins ou services.
6. Be responsible for your actions if you refuse treatment or do not follow doctor instructions  
6. D'assumer la responsabilité de vos décisions si vous refusez un traitement ou ne suivez pas les instructions de votre médecin.
7. Tell your doctor or nurse if you think you will not be able to follow doctor's orders.  
7. D'informer votre médecin ou le personnel infirmier si vous pensez que vous ne serez pas en mesure de suivre les instructions de votre médecin.
8. Give the hospital a copy of your advance directive, or DNR Comfort Care or DNR Comfort Care Arrest information, if you have one  
8. De fournir à l'hôpital un exemplaire de vos directives anticipées, ou vos dernières volontés si vous les avez exprimées.
9. Give the hospital the information it needs for your insurance and/or payment of your bill.  
9. De fournir à l'hôpital les informations dont il a besoin concernant votre assurance et/ou le règlement de votre facture.

You can listen to these rights and responsibilities by calling 862-4620. A copy of the complete corporate policy or a copy of this handout is available in Braille and in Spanish through the Patient Relations Departments at Bethesda North Hospital and at Good Samaritan Hospital.

Vous pouvez écouter ces droits et responsabilités en appelant le 862-4620. Un exemplaire de votre politique d'entreprise ou un exemplaire de ce document est disponible en braille et en espagnol aux Services des relations patients à l'hôpital de Bethesda North et à l'hôpital Good Samaritan.

Please tell your caregiver your suggestions, concerns, or complaints about patient care and patient safety. This will help us give you excellent service. You are a member of the health care team and we are committed to meet your specific requests and needs. The Patient Relations Department works with management in responding to your complaints or concerns about patient care and patient safety in the hospital or any of the TriHealth facilities.

Merci d'informer votre soignant de vos suggestions, questions ou remarques au sujet des soins ou de la sécurité du patient. Cela nous aidera à vous fournir un service d'excellence. Vous êtes membre de l'équipe de santé et nous nous engageons à répondre à vos besoins spécifiques. Le Service des relations avec les patients travaille avec la direction afin de répondre à vos remarques ou questions concernant les soins et la sécurité des patients à l'hôpital et au sein de TriHealth.

If you wish to report a complaint you may contact the Patient Relations Department at Bethesda North 865-1115 or Good Samaritan 862-2582. You may also contact the Ohio Department of Health, 246 North High Street Columbus, Ohio 43215, 1-800-342-0553, TDD 1-614-752-6490, or The Joint Commission @ 1-800-994-6610, or E-mail: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org). Or you may contact the Center for Medicare Services (CMS) 1-800-633-4227 (TTY 1-877-486-2048), [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Si vous souhaitez adresser une réclamation, vous pouvez contacter le Service des relations avec les patients à Bethesda North 865-1115 ou Good Samaritan au 862-2582. Vous pouvez également contacter le Département de santé de l'Ohio, 246 North High Street Columbus, Ohio 43215, 1-800-342-0553, TDD 1-614-752-6490, ou la Commission conjointe @ 1-800-994-6610, ou par E-mail: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org). Vous pouvez également contacter le Centre des Services Médicaux (CMS) au 1-800-633-4227 (TTY 1-877-486-2048), [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).