

## التنسيق مع أطباء الرعاية الصحية الأولية والخدمات الصحية السلوكية

تنسيق الرعاية بين مزودي الرعاية الصحية السلوكية ومزودي الرعاية الصحية أمر ضروري لتحسين الصحة العامة للعميل. وتقدر الخدمات الصحية السلوكية (BHS) وتتوقع تنسيق الرعاية مع مزودي الرعاية الصحية، حلقة الوصل بين العملاء ودور العلاج، معلومات الحصول على مزود رعاية صحية أولية (PCP)، وإدخال كل المعلومات إلى سجل الصحة السلوكية للعميل. ومع إصلاحات الرعاية الصحية، سيعزز مزودو الخدمات الصحية السلوكية تكامل الجهود من خلال تحسين تنسيق الرعاية مع مزودي الرعاية الصحية الأولية. طلب تصريح العميل/الوصي القانوني لتبادل المعلومات مع مزودي الرعاية الصحية الأولية أمر إلزامي، وحال الحصول على التصريح، يصبح التواصل مع مزودي الرعاية الصحية الأولية أمرًا مطلوبًا. سيستخدم مزودو المقاطعة نموذج التنسيق و/أو التحويل الصحي البدني والسلوكي ونموذج التحديث، في حين يمكن للمزودين المتعاقد معهم الحصول على مستشار قانوني لتحديد صيغة تبادل المعلومات المطلوبة. يسري نفاذ هذا المتطلب فورًا وسيقوم موظفو المقاطعة بتحسين الجودة و/أو COTR بتدقيق هذا المعيار بدءًا من السنة المالية 13-14.

### لكافة العملاء:

#### نموذج التنسيق و/أو التحويل الصحي البدني والسلوكي:

- حصل على موافقة كتابية من العميل/الوصي القانوني على نموذج التنسيق و/أو التحويل الصحي البدني والسلوكي/نموذج تحديد المتعاقد عند قبول العميل، ولكن في فترة لا تتجاوز 30 يومًا من بدء الواقعة.
- للعملاء الذين ليس لديهم مزود رعاية صحية أولية، سيصلهم المزود مع دار علاج. سيبدأ المتعاقد العملية عبر تعبئة نموذج التنسيق و/أو التحويل الصحي البدني والسلوكي/نموذج المتعاقد وإرسالها إلى مزود رعاية صحية أولية خلال 30 يومًا من episode opening. ومن الضروري أن يكون هناك اسم محدد للطبيب المعالج.
- سيضع مستخدمو النموذج علامة في المربع الملائم في بداية نموذج التنسيق و/أو التحويل الصحي البدني والسلوكي/نموذج المتعاقد والذي يشير إلى ما إذا كان هذا تحويلًا لرعاية صحية بدنية، أو تحويلًا لرعاية صحية بدنية وإدارة دواء، أو تحويلًا لرعاية صحية كاملة، أو إشعار تنسيق للرعاية فقط. وإذا كانت تحويلًا للرعاية الصحية البدنية، أو للرعاية الصحية البدنية وإدارة دواء، دُونَ اسم برنامجك في الفراغ، وحدد نوع البرنامج الملائم.

#### نموذج تنسيق تحديث الرعاية الصحية البدنية والسلوكية:

- حدّث وأرسل نموذج تنسيق تحديث الرعاية الصحية البدنية والسلوكية/نموذج المتعاقد إذا كانت هناك تغييرات هامة كإضافة، أو تغيير أو توقف عن دواء.
- أبلغ مزود الرعاية الصحية الأولية عند صرف العميل من الخدمات من خلال إرسال نموذج تنسيق تحديث الرعاية الصحية البدنية والسلوكية/نموذج المتعاقد. تتم تعبئة النموذج قبل إتمام ملخص الصرف.

#### تعقب التذكيرات:

- سيكون لمستخدمي النموذج نظام موضوع لتعقب تاريخ انتهاء صلاحية التصريح بالإفصاح عن/تبادل المعلومات.
- سيكون لمستخدمي النموذج نظام موضوع لتعقب والالتزام بأي إلغاء تصريح كتابي للإفصاح عن/تبادل المعلومات.
- سيكون لمستخدمي النموذج نظام موضوع لتعقب وإيقاف نفاذ الإفصاح عن/مشاركة المعلومات حال إلغاء علاقة العلاج. وعند إلغاء العلاج، يمكن للمزود أن يسلم فقط نتيجة العلاج، ولكن ليس سبب الإلغاء.

## نموذج تنسيق و/أو تحويل الرعاية الصحية البدنية والسلوكية

- التحويل لرعاية صحية بدنية - /  
 الصحة النفسية
- التحويل لرعاية صحية بدنية وإدارة دواء - /  
 الصحة النفسية
- التحويل لرعاية صحية كاملة - /  
النفسية.  
 إشعار تنسيق رعاية فقط
- سيستمر بتوفير خدمات صحية سلوكية متخصصة  
الكحول والمخدرات
- سيستمر بتوفير خدمات صحية سلوكية محدودة التخصص  
الكحول والمخدرات
- ما عاد يوفر خدمات صحية سلوكية متخصصة. متاح للاستشارة

القسم أ: معلومات العميل	
اسم العميل: الأسرة الأول الأب	اسم الشهرة
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	
العنوان	تاريخ الميلاد
المدينة	رقم الهاتف
الرمز البريدي	رقم الهاتف البديل
القسم ب: معلومات مزود الرعاية الصحية السلوكية	
اسم مزود العلاج:	اسم الطبيب المعالج (إن وجد)
الوكالة/البرنامج	
العنوان	المدينة، الولاية، الرمز البريدي
رقم الهاتف	رقم الفاكس الآمن أو البريد الإلكتروني الآمن للمزود المحدد:
تاريخ التقييم المبدئي:	
محور العلاج (استخدم ملاحظة تقدم الحالة الإضافية إن لزم الأمر)	
مدير الحالة/ طبيب الصحة النفسية/ مستشار الكحول والمخدرات/ مدير البرنامج:	ممرضة الرعاية الصحية السلوكية: رقم الهاتف:

تشخيصات الصحة النفسية:	تاريخ آخر مقابلة
التشخيصات المتعلقة بالكحول والمخدرات:	
الأعراض الصحية الحالية النفسية والبدنية (استخدم ملاحظة تقدم الحالة الإضافية إن لزم الأمر)	
أدوية وجرعات الصحة النفسية غير التحليلية الحالية (استخدم ملاحظة الأدوية/تقدم الحالة الإضافية إن لزم الأمر)	
آخر إدخال نفسي للمستشفى التاريخ: <input type="checkbox"/>	لا يوجد <input type="checkbox"/>
<b>القسم ج: معلومات طبيب الرعاية الصحية الأولية</b>	
اسم المزود	
المنظمة أو المجموعة الطبية	
العنوان	
المدينة، الولاية، الرمز البريدي	
رقم الهاتف:	رقم الفاكس الآمن أو البريد الإلكتروني الآمن للمزود المحدد:
<b>القسم د: لتعبئته من قبل طبيب الرعاية الصحية الأولية المقبول للعلاج أو المحول منه إلى برنامج خدمات الرعاية الصحية السلوكية لمقاطعة سان دييغو (يرجى تعبئة المعلومات التالية وإعادتها إلى مزود الرعاية الصحية السلوكية خلال أسبوعين من الاستلام)</b>	
<input type="checkbox"/> تم استلام إشعار تنسيق الرعاية. إذا كان هذا تحويل من الرعاية الأولية، فيرجى الإشارة إلى الإجابة الملائمة أدناه:	
1. <input type="checkbox"/> تم قبول المريض لعلاج الرعاية الصحية البدنية فقط	
2. <input type="checkbox"/> تم قبول المريض للرعاية الصحية البدنية والعلاج الدوائي النفسي مع استمرار خدمات إضافية مع برنامج الصحة السلوكية	
3. <input type="checkbox"/> تم قبول المريض للرعاية الصحية الكاملة ومن ضمنها العلاج النفسي الدوائي	
4. <input type="checkbox"/> لم يتم قبول المريض للعلاج الدوائي النفسي وتم تحويله بسبب:	

**معلومات حساسة:** إنني أفهم أن المعلومات في سجلي قد تشمل معلومات تتعلق بالأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، أو الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV). وأنها قد تشمل أيضاً معلومات حول خدمات الصحة النفسية أو العلاج من إدمان الكحول أو المخدرات.

**الحق في الإلغاء:** إنني أفهم أن لدي الحق في إلغاء هذا التصريح في أي وقت. وأفهم أنني في حال ألغيت التصريح فيجب أن أقوم بذلك كتابياً. وأفهم أن الإلغاء لن ينطبق على المعلومات التي تم الإفصاح عنها بالفعل بناءً على هذا التصريح.

**التصوير أو الإرسال بالفاكس:**

أنا أوافق على أن تعتبر صورة من هذا التصريح يتم تصويرها أو إرسالها عبر الفاكس نافذة المفعول كالنسخة الأصلية.

**إعادة الإفصاح:** إذا سمحت بالإفصاح عن معلوماتي الصحي لشخص غير مطالب قانوناً بالاحتفاظ بها سرية، فإنني أفهم أنه قد يُعاد الإفصاح عنها وأنها لن تصبح محمية بعد ذلك. يمنع قانون كاليفورنيا بشكل عام مستلمي معلوماتي الصحية من إعادة الإفصاح عن تلك المعلومات إلا بإذن كتابي مني أو حسب ما يتطلبه أو يسمح به القانون تحديداً.

**الحقوق الأخرى:** إنني أفهم أن السماح بالإفصاح عن هذه المعلومات الصحية أمر طوعي. وأن بإمكانني رفض توقيع هذا التصريح. وأني لا أحتاج إلى التوقيع على هذا النموذج لضمان تلقي العلاج. وأني أفهم أن باستطاعتي معاينة المعلومات التي سستستخدم أو يتم الإفصاح عنها والحصول على نسخة منها، وذلك طبقاً للبند 45 من قانون اللوائح الفيدرالية، القسم 164.524.

**توقيع الفرد أو الممثل القانوني**

التاريخ: \_\_\_\_\_  
التوقيع: \_\_\_\_\_

**اسم العميل (يرجى كتابته أو طباعته بوضوح)**

اسم العائلة: \_\_\_\_\_  
الاسم الأول: \_\_\_\_\_  
اسم الأب: \_\_\_\_\_

صلة القرابة للفرد: \_\_\_\_\_  
إن قام الممثل القانوني بالتوقيع، يرجى طباعة الاسم: \_\_\_\_\_

انتهاء الصلاحية: ما لم يتم إلغاؤه بصورة أخرى، فإن هذا التصريح تنتهي صلاحيته في التاريخ أو الحالة أو الوضع التالي:

إذا لم أحدد تاريخ انتهاء صلاحية، أو حالة أو وضعاً، فستنتهي صلاحية هذا التصريح خلال عام واحد (1) من تاريخ توقيعه، أو بعد 60 يوماً من إنهاء العلاج.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> تقارير/ملخصات الصرف          | <input type="checkbox"/> المعلومات المضمنة على هذا النموذج |
| <input type="checkbox"/> نتائج فحوصات المختبر/التشخيص | <input type="checkbox"/> الدواء وخطة العلاج الحاليين       |
| <input type="checkbox"/> التاريخ الطبي                | <input type="checkbox"/> تقييمات الإدمان                   |
| <input type="checkbox"/> غير ذلك _____                | <input type="checkbox"/> تقرير التقييم/التقدير             |

الموقع عليه أعلاه يسمح لطبيب الرعاية الصحية السلوكية وطبيب الرعاية الصحية البدنية بالإفصاح عن السجلات الطبية والمعلومات/التحديثات الخاصة بالمريض. الهدف من هذا الإفصاح هو السماح بتنسيق الرعاية، وهو ما يزيد من الجودة ويقلل من خطر ازدواجية الفحوص وتداخلات الأدوية. يمكن لرفض منح الموافقة أن يعيق التنسيق الفعال للرعاية.

أود الحصول على نسخة من هذا التصريح  نعم  لا  
الحروف الأولى من اسم العملاء/الأوصياء

ك **يرجى وضع نسخة من هذا النموذج في ملف العميل**

**للوصول إلى ممثل خطة**

Care1st Health Plan  
(800) 605-2556

Community Health Group  
(800) 404-3332

Health Net  
(800) 675-6110

Kaiser Permanente  
(800) 464-4000

Molina Healthcare  
(888) 665-4621

Access & Crisis Line  
(888) 724-7240





نموذج تحديث تنسيق الرعاية الصحية البدنية والسلوكية

اسم العميل		
اسم الأب	الاسم الأول	
اسم العائلة	اسم العائلة	
<input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ الميلاد
التاريخ:		تحديث الرعاية الصحية السلوكية
فاكس	هاتف	اسم المزود العلاجي
فاكس	هاتف	اسم الطبيب النفسي المعالج (إن وجد)
الاسم/الجرعة:	الاسم/الجرعة:	<input type="checkbox"/> تم وصف الأدوية في _____ التاريخ
الاسم/الجرعة:	الاسم/الجرعة:	<input type="checkbox"/> تم تغيير الأدوية في _____ التاريخ
الاسم/الجرعة:	الاسم/الجرعة:	<input type="checkbox"/> تم إيقاف الأدوية في _____ التاريخ
الاسم/الجرعة:	الاسم/الجرعة:	<input type="checkbox"/> تم وصف الأدوية في _____ التاريخ
الاسم/الجرعة:	الاسم/الجرعة:	<input type="checkbox"/> تم تغيير الأدوية في _____ التاريخ
الاسم/الجرعة:	الاسم/الجرعة:	<input type="checkbox"/> تم إيقاف الأدوية في _____ التاريخ
		<input type="checkbox"/> تحديث التشخيص:
		<input type="checkbox"/> تحديث المعلومات الرئيسية:
		<input type="checkbox"/> تاريخ الصرف من العلاج:
		<input type="checkbox"/> توصيات المتابعة:
		تحديث طبيب الرعاية الصحية الأولية
		يرجى ذكر أي تحديث/تغير ذي صلة بالحالة الصحة البدنية للمريض.