

تقديم شكوى ضد ممارس رعاية صحية أو منشأة طبية

يحقّ لك تقديم شكوى إلى مكتب ترخيص المهن الصحية إذا كنت تعتقد أن ممارس رعاية صحية أو منشأة طبية قد خالف معايير السلوك المهني

1. قبل أن تبدأ

يحقّ لأي شخص تقديم شكوى ضد أي حامل ترخيص؛ لتتم مراجعتها من قبل المكتب. ويوصي مكتب ترخيص المهن الصحية (BHPL) بتقديم الشكوى عبر [بوابة الشكاوى الإلكترونية](#) الخاصة بنا.

1. كن محدّدًا قدر الإمكان في وصف شكواك واذكر الموقع، والتاريخ، واسم حامل الترخيص، ورقم الترخيص، وأسماء الشهود، وما إلى ذلك. ويُستحسن تقديم نموذج شكوى منفصل لكل شخص و/أو منشأة تقدم الشكوى ضدها.
2. أرفق نسخًا من جميع السجلات الطبية والمراسلات والعقود والصور وأي مستندات أخرى ذات صلة تدعم كل شكوى من شكواك عند تقديمها. مع العلم أنك لن تتمكن من مراجعة شكواك بعد تقديمها.
3. يجوز للمكتب طلب تقديم سجلات طبية أو علاجية إضافية من مقدمي الخدمات للتحقيق في شكواك، إن كانت الشكوى متعلقة بعلاج كنت قد خضعت له باعتبارك مريضًا. تتضمن بوابة الشكاوى الإلكترونية تفويضًا إلكترونيًا للإفصاح عن هذه السجلات.
4. عند استلام شكواك، سيقوم المكتب بمراجعة جميع المعلومات المُتاحة بعناية. ويجوز للمكتب اتخاذ أحد الإجراءات التالية:
 - a. تقديم شكوى رسمية واتخاذ الإجراءات التأديبية اللازمة.
 - b. فتح تحقيق إداري لتحديد ما إذا كانت هناك أدلة على وقوع مخالفة.
 - c. إغلاق الملف لعدم كفاية الأدلة، أو لعدم الاختصاص، أو لعدم وجود مخالفة قانونية أو تنظيمية، إلخ.
5. إذا قدّم المكتب شكوى رسمية، فقد يتم رفض الشكوى الرسمية، أو حلّها بإجراء غير تأديبي، أو قد ينتج عنها عقوبة تأديبية ضد حامل الترخيص.

تشمل الإجراءات غير التأديبية ما يلي:

- a. خطاب إرشادي
- b. مراقبة غير تأديبية مع تعليق التنفيذ

تشمل الإجراءات التأديبية ما يلي:

- c. الإنذار الرسمي
- d. الوضع تحت المراقبة
- e. التعليق أو الإلغاء

يجب أن يمتلك المكتب دليلًا واضحًا على وجود انتهاك قانوني أو تنظيمي من أجل فرض عقوبة على الترخيص.

6. إذا لم يكن المكتب هو الجهة المختصة بمعالجة شكواك، فقد نحيلها إلى جهة و برنامج آخر .
7. تتوفر نماذج الشكاوى الورقية عد الطلب. يُرجى الاتصال بمكتب ترخيص المهن الصحية - مكتب الحماية العامة على الرقم 973-0865 (617) و التواصل عبر البريد الإلكتروني على bhplcomplaints@mass.gov.

2. بعد تقديم شكواك:

سيرسل لك المكتب، بصفتك مقدم الشكوى، إشعارًا كتابيًا في حال اتخذ أي إجراء إضافي بشأن شكواك. وقد يتم إخطار حامل الترخيص المذكور في الشكوى وتزويده بنسخة منها، مع مطالبته بتقديم و كتابي على الادعاءات.

تختلف مدة التحقيق باختلاف كل حالة، وذلك تبعًا لمدى تعقيدها، لا سيّما إذا تطلب الأمر طلب سجلات طبية و معلومات أخرى ذات صلة . وقد يستغرق الأمر شهرًا واحدًا للمراجعة، و لا يصل إلى ثلاث سنوات لاتخاذ إجراء تأديبي.

عند تسوية القضية، سيتم إخطارك بالإجراء الذي اتخذته المكتب، باستثناء الشكاوى مجهولة المصو .

الشكاوى مجهولة المصدر

يجوز لنا وفقًا لتقديرنا الخاص، التحقيق في شكوى مجهولة المصو إذا توافرت الشروط التالية:

1. أن تتضمن الشكوى ادعاءات بوقوع مخالفات للقوانين و اللوائح تستدعي اتخاذ إجراء من قبل المكتب، و أن تشكّل خطرًا مباشرًا على الصحة والسلامة العامة.
 2. أن تحتوي الشكوى على معلومات كافية تسمح بإجراء التحقيق.
 3. أن تكون الأدلة المتعلقة بالمخالفة المزعومة متاحة من مصادر أخرى.
 4. ألا يتطلب إثبات الادعاءات التعو على مقدم الشكوى و/أو الحصول على شهادته.
- ستتم مراجعة الشكاوى مجهولة المصدر و مع ذلك قد لا يتمكن المكتب من إجراء تحقيق كامل و اتخاذ إجراءات تأديبية إذا تعو الحصول على أدلة داعمة من مصادر أخرى.

تتم مراجعة جميع الحالات وتحديد أولوياتها. وتُعطى الأولوية القصوى للحالات التي تُشكّل تهديدًا محتملًا أو فورًا بالحق الضرر بمرضى معين أو المرضى بشكل عام.

المشكلات خارج نطاق صلاحياتنا

- النزاعات المتعلقة بالرسوم، كدفع مستحقات المواعيد الفائتة مثلًا.
- النزاعات المتعلقة بالفواتير، مثل المبلغ الذي يتقاضاه حامل الترخيص مقابل الخدمات التي يقدمها.
- الخلافات الشخصية (إلا إذا وصلت إلى مستوى السلوك غير المهني).

للإبلاغ عن العمليات الاحتياطية في مجال الرعاية الصحية:

يمكنك تقديم شكوى احتيال في مجال الرعاية الصحية ضد المهنيين والمنشآت المرخصة من قبل مكتب تسجيل أخصائيي تقويم العمود الفقري ومكتب تسجيل المهن الصحية المسانلة .

هل تبحث عن مزيد من المعلومات حول شكوى قد تم حلّها؟

- الإجراءات التأديبية وغيره من الإجراءات التي اتخذتها مكاتب BHPL متاحة عبر الإنترنت.
- يمكن طلب السجلات العامة من مكتب ترخيص المهن الصحية.

وزارة الصحة العامة

مكتب ترخيص المهن الصحية

الهاتف (617) 973-0865 الفاكس (617) 973-0985 المبرقة الكاتبة (TTY) (617) 973-0988

<https://www.mass.gov/orgs/bureau-of-health-professions-licensure>

يُرجى تعبئة جميع الحقول أدناه بأفضل ما لديك من معلومات، مع الحرص على تقديم أكبر قدر ممكن من التفاصيل. يُرجى الكتابة أو الطباعة بخط واضح باستخدام الحبر.

معلوماتك:

الاسم الأخير	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
العنوان البريدي	المدينة	الولاية
الرمز البريدي		
رقم الهاتف	البريد الإلكتروني	
اسم وعنوان أخصائي الرعاية الصحية (استخدم نماذج منفصلة لكل فرد أو شركة/منشأة ترغب في تقديم شكوى ضدها):		
الاسم الأخير لحامل الترخيص	الاسم الأول لحامل الترخيص	رقم الترخيص (إن كان معروفاً)
اسم الشركة/ المنشأة	رقم الهاتف	
عنوان الشارع للشركة/ المنشأة		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم ترخيص الشركة/ المنشأة (إن كان معروفاً):		

يُرجى تحديد المهنة أو المنشأة التي تتعلق بها هذه الشكوى:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| _____ ممرض(ة) مسجل(ة) | _____ أخصائي علاج تنفسي |
| _____ ممرض(ة) تخدير | _____ مدير رعاية طويلة الأجل (NHA) |
| _____ ممرض(ة) ممارس(ة) | _____ عامل رعاية صحية مجتمعية معتمد |
| _____ ممرض(ة) معتمد(ة) | _____ طبيب معالج بالطرق الطبيعية |
| _____ صيدلاني(ة) | _____ مقوم عظام |
| _____ صيدلاني(ة) نووي(ة) | _____ أخصائي أجهزة سمعية |

_____ فني(ة) صيدلة	_____ متدرب أخصائي أجهزة سمعية
_____ مساعد(ة) طبيب	_____ أخصائي تغذية وحميات
_____ طبيب(ة) أسنان	_____ فني بصريات
_____ أخصائي(ة) صحة أسنان	_____ أخصائي طب القدم
_____ مساعد(ة) طبيب أسنان	_____ أخصائي طب القدم بترخيص محدود
_____ أخصائي(ة) تروية دموية	_____ أخصائي بصريات
_____ أخصائي(ة) تروية دموية مؤقت(ة)	_____ أخصائي سمعيات
_____ أخصائي(ة) أمراض النطق واللغة	_____ مساعد محلل سلوك تطبيقي
_____ مساعد(ة) أخصائي أمراض النطق واللغة	_____ أخصائي علم النفس التربوي
_____ أخصائي(ة) اجتماعي(ة) مرخص(ة)	_____ معالج زواجي وأسري
_____ أخصائي(ة) اجتماعي(ة) مرخص(ة) ومعتمد(ة)	_____ مستشار صحة نفسية
_____ أخصائي(ة) اجتماعي(ة) مساعد(ة) مرخص(ة)	_____ مستشار تأهيل
_____ أخصائي(ة) اجتماعي(ة) سريري(ة) مستقل(ة) مرخص(ة)	_____ صيدلية تجزئة / متجر أدوية
_____ مدرب(ة) رياضي(ة)	_____ موزع مستودعات
_____ معالج(ة) وظيفي(ة)	_____ منشأة علاج طبيعي
_____ مساعد(ة) معالج وظيفي	_____ منشأة تعهيد مقيمة
_____ أخصائي(ة) علاج طبيعي	_____ منشأة تعهيد غير مقيمة
_____ مساعد(ة) أخصائي العلاج الطبيعي	_____ صيدلية نووية
_____ أخصائي(ة) نفسي(ة) مرخص(ة)	_____ منشأة تقويم عظام
_____ محلل(ة) سلوك تطبيقي	_____ ترخيص منشأة علاج طبيعي

يُرجى تحديد طبيعة شكاوك:

_____ خطأ دوائي	_____ احتيال
_____ ضعف أو عجز مهني	_____ إدامة أو سلوك جنائي
_____ ممارسة تتجاوز نطاق المهنة	_____ تشخيص خاطئ للحالة
_____ هجر المريض / إهماله	_____ عدم القدرة على الحصول على السجلات أو الصور الشعاعية
_____ ممارسة المهنة دون ترخيص	_____ تفاعل سلبي مع التخدير
_____ تحويل الأدوية أو إساءة استخدامها	_____ إساءة معاملة المريض
_____ جودة الرعاية المقدمة	_____ أخرى (يرجى التحديد أدناه)

تاريخ(تواريخ) الحادثة(الحوادث):

وصف الحادثة(الحوادث):

يُرجى وصف الحادثة(الحوادث) التي أدت إلى تقديم شكاوك، مع ذكر أوقات وتواريخ وقوعها. يُرجى ذكر أسماء جميع الأفراد المعنيين. ويُرجى إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

(يُرجى استخدام ورقة منفصلة إذا لزم الأمر. لا تكتب في الهوامش).

مقدم الرعاية الصحية السابق (إن وجد):

الاسم رقم الهاتف

الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

مقدم الرعاية الصحية اللاحق * (إن وجد):

*أرفق تقريراً من مقدم الخدمة اللاحق (إن وجد).

الاسم رقم الهاتف

الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

هل ناقشت هذا الأمر مع حامل الترخيص، أو مكتبه، أو منشأته؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم اسم ورقم هاتف الشخص الذي تم التواصل معه:

تاريخ التواصل: _____ كيف تم التواصل؟ (هاتف، بريد إلكتروني، رسالة، شخصياً):

نتيجة التواصل: _____

إذا كان هناك شهود على الحادثة الموصوفة في شكواك، فيُرجى تقديم اسم الشاهد/ أسماء الشهود ، ورقم هاتفه/ أرقام هواتفهم (إن وجدت):

هل قدمت هذه الشكوى إلى أي جهات حكومية أخرى على مستوى الولاية أو المستوى الفيدرالي؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم" فيرجى الإيضاح: _____

إذا تطلب حل هذه الشكوى الإدلاء بشهادتك شخصياً بشأن هذه المسألة في جلسة استماع رسمية، فهل أنت على استعداد للقيام بذلك؟

☐ نعم، أنا مستعد لذلك ☐ لا، أنا لست مستعداً لذلك

هل توجد معلومات أو مواد إضافية مرفقة؟ ☐ نعم ☐ لا

لتسريع إجراءات معالجة الشكوى، يُرجى تقديم نسخ واضحة ومقروءة (وليس الأصول) من جميع المستندات ذات الصلة التي تدعم شكواك (مثل: العقود، والسجلات الطبية، والشيكات المصروفة، وغيرها). سيقوم المكتب بإرسال إشعار كتابي إليك بصفتك مقدم الشكوى إذا تم اتخاذ أي إجراء إضافي بشأن شكواك. وقد يتم إخطار حامل الترخيص المذكور في الشكوى وتزويده بنسخة من الشكوى، كما قد يُطلب منه تقديم رد كتابي على الادعاءات الواردة فيها.

تفويض بالإفصاح عن السجلات وإحالة الشكوى

إن توقيعي على هذا النموذج، أو على نسخة مصوّرة منه، يُخوّل وِزاق الصحة العامة، ومكتب ترخيص المهن الصحية بما يلي: (1) استلام نسخ من جميع سجلاتي الصحية المتعلقة بشكواي؛ (2) مشاركة الشكوى وجميع السجلات التي يجمعها مكتب ترخيص المهن الصحية أثناء التحقيق في شكواي مع حامل الترخيص، لتمكينه من الرد على الادعاءات الواردة في هذه الشكوى؛ (3) إحالة شكواي إلى الجهات التنظيمية و/أو جهات إنفاذ القانون الأخرى لاتخاذ الإجراء المناسب.

أفهم أن جميع الشكاوى يتم التحقيق فيها للتحقق من أساسها الوقائي وصحة المعلومات الواردة فيها.

كما أفهم أن مجرد تقديم الشكوى واستلامها و/أو التحقيق فيها من قبل وزارة الصحة العامة (DPH) لا يعني بالضرورة اتخاذ إجراء تأديبي ضد حامل الترخيص.

وأقرّ بموجب هذا أنني أبلغ من العمر ثمانية عشر (18) عاماً على الأقل، وأؤكد تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات المقدمة فيما يتعلق بالشكوى المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة حسب أفضل ما لدي من معرفة ومعلومات واعتقاد.

التاريخ

أرسل هذا النموذج بالبريد إلى:

Department of Public Health
Bureau of Health Professions Licensure
Attn: Office of Public Protection
100 Cambridge St., 19th Floor Boston,
MA 02114-2509

توقيع المريض أو ممثله القانوني

(إرفاق الوثائق)

لاستخدام DPH فقط:

التاريخ

توقيع المدير التنفيذي أو ممثل المكتب المعين