

Washington 州医疗委员会投诉表

“医疗委员会” 可以做什么？

“医疗质量保证委员会”（MQAC 或医疗委员会）确保医生和医生助理具有高标准专业行为、专业教育、专业培训和能力，从而为大众提供保护。

我们针对与医生（MDs）和医生助理（PAs）个人有关的投诉进行审查和调查。任何人都可以向我们提出投诉，包括市民、雇主和其他医护人员。

“医疗委员会” 不能做什么？

我们不能：

- 针对与非持照医生或医生助理个人有关的投诉进行调查
例如：
 - 护士；
 - 药剂师；
 - 牙医；
 - 验光师；
 - 社工；
 - 医院；
 - 诊所或其他医疗机构；
 - 相关设施；
- 为您提供补偿或者帮助您针对账单和费用纠纷提出索赔。
- 提供法律或医疗建议。

医疗保健人员投诉表填写说明

请尽量填写所有部分。如果某个特定部分不适用于您的情况，您只需在空白处填写“N/A”（不适用）即可。

1. 医生或医生助理的姓名为必填项，以便对您的投诉进行审理；而要求提供的所有其他信息为自愿填写。我们可能会向其他政府机构发送信息，以协助其调查。
2. 请提供被投诉医生或医生助理的全名（请确认拼写是否正确）。我们无法审理没有全名的投诉。请参考“卫生部”医疗服务人员资质查询网站 <https://go.usa.gov/xNBqs> 以确认拼写是否正确，并帮助您获得其执照编号。
3. 请填写并签署随附的《姓名/身份披露授权书》，并与投诉书一并提交。



披露

请注意，您向“医疗委员会”提交的投诉书以及任何附件将成为公开记录，而且您的投诉对象会收到该投诉书副本。

填表日期： _____

您的信息	
我是：	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 代表患者提交此报告 <input type="checkbox"/> 强制提交报告人员
您与患者的关系：	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 患者的律师 <input type="checkbox"/> 雇主 <input type="checkbox"/> 雇员 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 法定监护人 <input type="checkbox"/> 其他
全名	
街道地址	
城市	
州	
邮编	
电话：住宅	
电话：工作	
电话：手机	
电子邮件	
患者信息	
患者全名	
出生日期	
事件发生日期	
事件发生地点	
服务日期	_____ 至 _____



医生 (MD) 或医生助理 (PA) 相关信息

我想针对以下个人提交投诉。我知道，“医疗委员会”不会协助公民寻求还钱或其他个人补救措施。我提交这些信息，这样“医学委员会”可以据此决定是否应该考虑对该执业者的执照采取任何纪律处罚措施。

我知道，没能提供执业者姓名会推迟或妨碍投诉的审理和可能的调查。

在此签署姓名首字母以示证明： _____

负责治疗的医务人员姓名
(MD 或 PA)

执照编号 (如果已知)

诊所或设施名称

街道地址

城市

州

邮编

电话号码

事件报告

请勾选最能描述该投诉性质的选框。

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 广告违规 | <input type="checkbox"/> 病历记录不规范 |
| <input type="checkbox"/> 刑事犯罪 | <input type="checkbox"/> 歧视 |
| <input type="checkbox"/> 过度治疗或检测 | <input type="checkbox"/> 对工作人员监管不力 |
| <input type="checkbox"/> 处方不当 | <input type="checkbox"/> 保险/账单欺诈 |
| <input type="checkbox"/> 精神或身体伤害 | <input type="checkbox"/> 误诊 |
| <input type="checkbox"/> 归档错误/错误标记处方 | <input type="checkbox"/> 拒诊/怠慢患者 |
| <input type="checkbox"/> 医护质量 | <input type="checkbox"/> 行为粗鲁或破坏行为 |
| <input type="checkbox"/> 不当性行为 | <input type="checkbox"/> 药物滥用 |
| <input type="checkbox"/> 无照执业 | |
| <input type="checkbox"/> 其他 | |



请说明投诉原因。	
您是否向该 MD/PA 提出过您的顾虑？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果“是”，结果如何？	
您希望“医疗委员会”提供何种解决方案？	

《姓名/身份披露授权书》

如果您是患者、医疗机构雇员或医疗专业人员，我们将根据 **RCW 43.70.075** 规定对您的身份进行保密，除非您放弃此项权利。如果不披露患者或投诉人身份，“医疗委员会”可能无法对案件展开调查。

签署本文件即表示，您放弃保密权利，并授权“医学委员会”：

- 向被投诉执业人员披露您的身份；
- 向进行调查所必须的其他人员披露您的身份；
- 披露您的身份，用于任何源自投诉的纪律处罚听证。

弃权授权书

我特此放弃保密权利，并同意披露本人身份，但仅限于与调查本人投诉并寻求纪律处罚/不利措施有关的程序。

是 否*

签名： _____ 日期： _____

正楷体签名： _____ (请包含中间名首字母)

出生日期： _____

住宅电话： _____ 白天电话： _____

*我这道，拒绝放弃此项权利可能有损于“医疗委员会”对该事项的调查以及采取任何纪律处罚的力度。

请扫描填妥后的表格，并通过电子邮件寄发给我们：Medical.complaints@doh.wa.gov

如果您无法访问电子邮件，请将其邮寄至：

MQAC Complaint Intake PO BOX 47866 Olympia, WA 98504

或传真至：360-236-2744

如果您选择在投诉书中随附任何其他材料，则所提交材料恕不退还。如果需要了解有关“医疗质量保障委员会”或者如何审理投诉的更多信息，请访问我们的网站 WMC.wa.gov