

供調查研究的使用或揭露受保護醫療資訊授權許可
(配合簡式同意書專用)

姓名：_____ 主題編號或出生日期：_____

本人在此授權耶魯大學 (Yale University) 得依下方明確註記之項目，使用或揭露我的受保護醫療資訊來進行調查研究 (僅供研究人員使用)：

研究名稱：_____

HIC/HSC 協議編號：_____ 研究計畫主持人：_____

於下列期間將發表的資訊 (發表期間自 _____ 至 _____ 為止)：

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 研究記錄 | <input type="checkbox"/> X 光報告 | <input type="checkbox"/> 與下列項目相關的記錄和檢驗結果：_____ |
| <input type="checkbox"/> 病歷與體檢報告 | <input type="checkbox"/> 會診報告/記錄 | <input type="checkbox"/> 其他/備註：_____ |
| <input type="checkbox"/> 免疫接種 | <input type="checkbox"/> 處方資訊 | |
| <input type="checkbox"/> 實驗報告 | | |

本人瞭解此醫療資訊可能包含敏感資訊。簽署本表表示我願意授權發表下列相關資訊：

- 藥物濫用治療資訊
- 愛滋病毒 (HIV) 相關資訊，包括愛滋病 (AIDS) 相關檢驗
- 心理衛生資訊

依據康乃狄克州一般法規第 899 章及《美國法典》第 42 篇之規定，請務必確保此等記錄之保密。根據上述法規，未經書面同意或授權，不得將此等資料散佈予他人。

簽名：_____

日期：_____

以下為可能使用與收到揭露記錄的各相關單位，包括：

- 美國衛生及公共服務部 (DHHS) 各機關
- 耶魯大學 (Yale University) 校方代表、代理耶魯大學審查耶魯大學人體研究保護計畫 (Yale Human Research Protection Program) 之任一外部倫理審查委員會的代表，以及負責研究與財務監督審查的代表
- 參與電子病歷 (EMR) 系統建置的供應商
- 計畫主持人及研究團隊
- 美國食品藥物管理局 (FDA)
- 研究贊助商或研究藥物/設備的製造商
- 其他國家/地區的藥物主管機關
- 在此項研究相關方面為您提供服務的醫療保健機構
- 與此項研究相關的實驗室及其他根據研究計畫負責分析醫療資訊的個人或組織。
- 資料安全監督委員會及其他授權監督研究進展的的單位
- 其他附註單位 (請列舉)：_____

1. 本人瞭解此授權將於 _____ 年後到期/永不到期。本表之協議將視為與正本一樣有效。
2. 本人瞭解本人得隨時通知計畫主持人或研究團隊撤銷此項授權，並於通知之日立即終止授權，除非與授權內容相關之研究已採取動作而無法立即終止。本人也可以將撤銷通知寄送給耶魯大學的 HIPAA 隱私保密官，地址為：HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. 本人瞭解依據本授權所使用或揭露的資訊，可能會因接受者的重新揭露而不再受聯邦隱私法規的保護。不過，其他的州法或聯邦法可能會禁止接受者揭露特別受保護資訊，例如藥物濫用治療資訊、HIV/AIDS 相關資訊，以及精神/心理衛生資訊。
4. 即使本人不簽署本表，本人的醫療保健及醫療保健給付均不受任何影響。
5. 本人瞭解拒絕簽署本授權並不會危害到我目前或未來接受精神方面身心障礙治療的權利，除非為了治療必須要揭露資訊。
6. 本人瞭解簽署本表後會收到一份副本。

於下方簽名，表示本人確認已閱讀並瞭解本授權。

_____ 或 _____ 日期

患者簽名 家長/法定監護人/授權人

與患者的關係