

Koruma Altındaki Sağlık Bilgilerinin Araştırma İçin Kullanımı veya Açıklanmasına İlişkin Onay
(Kısa Olur Formu ile Kullanım İçin)

Adı: _____ Gönüllü Numarası veya Doğum Tarihi: _____

İşbu belge ile koruma altındaki sağlık bilgilerimi araştırma çalışmasına katılım amacıyla aşağıda belirtilen şekilde kullanması veya açıklaması için Yale Üniversitesi'ne yetkisi veriyorum (çalışma personeli tarafından doldurulacaktır):

Çalışmanın Adı: _____

HIC/HSC Protokol No: _____ Çalışmanın Baş Araştırmacısı: _____

ile _____ tarihleri arasında yayımlanacak bilgiler:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Araştırma kaydı | <input type="checkbox"/> Röntgen raporu | <input type="checkbox"/> Aşağıdaki konuda notlar ve test sonuçları: |
| <input type="checkbox"/> Öykü ve fizik muayene | <input type="checkbox"/> Konsültasyon raporu/notları | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aşı durumu | <input type="checkbox"/> Reçete Bilgileri | <input type="checkbox"/> Diğer/Yorumlar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratuvar raporu | | _____ |

Bu sağlık bilgileri arasında hassas bilgilerin de bulunabileceğini biliyorum. Bu formu imzalayarak, özellikle aşağıdaki konulara ilişkin bilgilerin yayınlanmasını onaylıyorum:

- Madde Bağımlılığı Tedavi bilgileri
 AIDS testleri dahil HIV ile ilgili bilgiler
 Ruh Sağlığı Bilgileri

Connecticut Genel Kanunlar Bölüm 899 ve ABD yasası Bölüm 42 uyarınca bu kaydın gizli tutulması gerekmektedir. Bu materyal, söz konusu kanunlarda belirtilen şekilde yazılı onay veya yetki alınmadan herhangi biri ile paylaşılmamalıdır.

İmza _____

Tarih: _____

Kayıtlar, aşağıdaki kişi ve kurumlarca kullanılabilir veya bu kişi ve kurumlara açıklanabilir:

- ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı (DHHS) kurumları
 Yale Üniversitesi, Yale İnsan Araştırmaları Koruma Programı temsilcileri, Yale adına inceleme yapan tüm kurum dışı Kurumsal İnceleme Kurulları ve araştırma ve mali denetimden sorumlu taraflar
 Elektronik Tıbbi Kayıt (EMR) sisteminde katılımcı olarak bulunan sağlayıcılar
 Baş Araştırmacı ve araştırma ekibi
 ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA)
 Çalışma sponsoru veya çalışma ilacının/cihazının üreticisi
 Diğer ülkelerdeki ilaç ruhsatlandırma kurumları
 Bu çalışma ile bağlantılı olarak size hizmet sunan sağlık mesleği mensupları.
 Bu çalışma ile bağlantılı olarak sağlık bilgilerinizi çalışma planı doğrultusunda analiz eden laboratuvarlar ve diğer kişi ve kuruluşlar.
 Veri ve Güvenlik İzleme Kurulları/Komiteleri ve Çalışmanın yürütülmesini izleme yetkisi olan diğer taraflar
 Belirtilen diğer kişi ve kurumlar: _____

1. Bu onayın _____ yıl sonra sona ereceğini/hiçbir zaman sona ermeyeceğini biliyorum. Bu formun fotokopisi orijinal form gibi geçerli kabul edilecektir.
2. Çalışmanın Baş Araştırmacısı veya araştırma ekibini bilgilendirerek bu onayı herhangi bir zamanda geri çekebileceğimi ve söz konusu işlemin bu esasta daha önceden gerçekleştirildiği haller dışında, bu onayın bildirim tarihi itibarıyla geçerliliğini kaybedeceğini biliyorum. Geri çekme talebimi aşağıdaki adrese de gönderebilirim: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. Bu onay uyarınca kullanılan veya açıklanan bilgilerin alıcı tarafından tekrar başkalarına açıklanabileceğini ve artık Federal gizlilik yönetmelikleri ile korunmayacağını biliyorum. Bununla birlikte, diğer eyalet yasaları veya federal yasalar uyarınca alıcının madde bağımlılığı tedavi bilgileri, HIV/AIDS ile ilgili bilgiler ve psikiyatrik bilgiler/ruh sağlığı bilgileri gibi özellikle korunan bilgileri başkalarına açıklaması yasak olabilir.
4. Bu formu imzalamam, sağlık hizmeti almamı veya sağlık hizmeti ödemelerimin yapılmasını etkilemeyecektir.
5. Bu bilgilerin açıklanmasının tedavi için gerekli olduğu durumlar dışında, bu Onay belgesini imzalamayı kabul etmememin, şu anda veya gelecekte psikiyatrik engeller için tedavi görme hakkımı tehlikeye atmayacağını biliyorum.
6. İmzaladıktan sonra bu formun bir kopyasını alacağımı biliyorum.

Aşağıdaki imzam ile, bu Onay belgesini okuduğumu ve anladığımı kabul ediyorum.

Hastanın İmzası VEYA **Ebeveyn/Yasal Vasi/Yetkili Kişinin İmzası**

Tarih

Hasta ile İlişkisi