Дозвіл на використання чи розкриття захищеної медичної інформації для дослідження

(Для використання разом із короткою формою згоди)

ПІБ: _____ Номер пацієнта чи дата народження: _____

Цим я даю дозвіл Єльському університету використовувати та розкривати мою захищену медичну інформацію, як вказано нижче, з метою участі в цьому дослідженні (заповнюється персоналом дослідження)**:**

Назва дослідження: _____

Номер протоколу HIC/HSC:_____ ГД дослідження: _____

Інформація, яка буде випущена протягом періоду часу з_____ до _____:

- ❑ Документація дослідження
- ❑ Анамнез і фізикальне обстеження
- ❑ Щеплення
- ❑ Висновок лабораторного обстеження
- ❑ Висновок рентгенологічного обстеження
- ❑ Звіт про консультацію/примітки
- ❑ Інформація про призначене лікування
- ❑ Примітки та результати аналізів: _____
- ❑ Інше/коментарі: _____ _____

Я розумію, що ця медична інформація може містити конфіденційні дані. Підписуючи цю форму, я тим самим надаю дозвіл на розкриття такої інформації:

- ❑ Інформація про лікування наркотичної залежності
- ❑ Інформація про ВІЛ, включно з аналізами, пов'язаними зі СНІД
- ❑ Інформація про психічне здоров'я

Підпис: _____

Дата: _____

Конфіденційність цього запису вимагається відповідно до глави 899 Збірника законів штату Коннектикут, а також статті 42 Зведення законів Сполучених Штатів Америки. Цей документ не підлягає передачі будь-кому без письмової згоди або дозволу, як це передбачено в цих законах.

Записи можуть використовуватись чи розкриватися будь-кому із перелічених нижче організацій чи осіб:

- ☐ Агенції Департаменту США з охорони здоров'я і соціальних служб (DHHS)
- ☐ Представники Єльського університету, програма захисту досліджень за участю людей Єльського університету, будь-які зовнішні інституціональні наглядові ради, які контролюють дослідження від імені Єльського університету, і особи, які відповідають за проведення дослідження та фінансовий нагляд
- ☐ Постачальники послуг, які є учасниками системи електронних медичних записів (EMR)
- ☐ Головний дослідник і дослідницька група
- ☐ Управління з нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів США (FDA)
- ☐ Спонсор дослідження або виробник досліджуваного препарату/пристрою
- ☐ Органи з регулювання лікарських засобів у інших країнах
- ☐ Постачальники медичних послуг, які надають Вам послуги у зв'язку із цим дослідженням.
- ☐ Лабораторії та інші особи та організації, які аналізують Вашу медичну інформацію у зв'язку із цим дослідженням відповідно до плану дослідження.
- ☐ Ради/комісії із моніторингу даних та безпеки та інші особи, уповноважені контролювати проведення дослідження
- ☐ Інші:_____

1. Я розумію, що термін дії цього дозволу закінчиться через____ років/є безстроковим. Ксерокопія цієї форми вважатиметься так само дійсною, як і оригінал.
2. Я розумію, що можу відкликати цей дозвіл у будь-який час, повідомивши про це головного дослідника або дослідницьку групу дослідження, і цей дозвіл втратить чинність у день такого повідомлення за винятком дій, які вже були виконані згідно з цим дозволом. Я також можу надіслати повідомлення про скасування за адресою: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208252, New Haven, CT 06520-8252
3. Я розумію, що інформація, яка використовується або розкривається згідно із цим дозволом, може бути повторно розкрита отримувачем і надалі не буде захищена федеральними нормами щодо конфіденційності. Проте інші державні або федеральні закони можуть заборонити одержувачу розкривати особливу захищену інформацію, таку як інформація про лікування наркотичної залежності, інформація, пов'язана із ВІЛ/СНІД, а також інформація про стан психічного/розумового здоров'я.
4. Якщо я не підпишу цю форму, це не вплине на надання мені медичного обслуговування та вартість мого медичного обслуговування.
5. Я розумію, що моя відмова підписувати цей дозвіл не ставитиме під загрозу моє право на отримання лікування психічних розладів зараз або в майбутньому за винятком випадків, коли розкриття інформації є необхідним для лікування.
6. Я розумію, що отримаю копію цієї згоди після її підписання.

Своїм підписом я підтверджую, що я прочитав/прочитала і розумію цей дозвіл.

_____АБО _____ _____

Підпис пацієнта **одного з батьків/законного опікуна/уповноваженої особи** Дата

_____

Стосунки із пацієнтом

Дата редакції: Квітень 2015 р.