

تحقیق کے لیے تحفظ یافتہ معلومات صحت کے استعمال یا افشاء کے لیے اجازت نامہ
(مختصر فارم منظوری کے ساتھ استعمال کے لیے)

نام: _____ زیر تحقیق فرد کا نمبر یا تاریخ پیدائش: _____

میں معرفت ہذا تحقیقی مطالعہ میں شرکت کے مقصد کے مدنظر ذیل میں مذکور کے مطابق ییل یونیورسٹی (Yale University) کو اپنی تحفظ یافتہ معلومات صحت کا استعمال یا افشاء کرنے کی منظوری دیتا/دیتی ہوں (مطالعاتی عملہ مکمل کرے):

مطالعہ کا عنوان: _____

HIC/HSC پروٹوکول نمبر: _____ مطالعہ کا PI: _____

معلومات	تا	کی مدت تک کے لیے جاری کی جائیں:
<input type="checkbox"/> تحقیقی ریکارڈ	<input type="checkbox"/> ایکس رے رپورٹ	<input type="checkbox"/> درج ذیل سے متعلق یادداشتیں اور جانچ کے نتائج:
<input type="checkbox"/> سرگزشت اور جسمانی معائنہ	<input type="checkbox"/> مشاورتی رپورٹ/یادداشتیں	<input type="checkbox"/> دیگر/تبصرے:
<input type="checkbox"/> مامو نیٹی ٹیکے	<input type="checkbox"/> نسخے سے متعلق معلومات	
<input type="checkbox"/> لیب رپورٹ		

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ان معلومات صحت میں حساس معلومات شامل ہو سکتی ہیں۔ اس فارم پر دستخط کر کے میں واضح طور پر درج ذیل کے تعلق سے معلومات جاری کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں درج ذیل میں سے کوئی بھی ریکارڈوں کو استعمال یا ان کا افشاء کر سکتا ہے:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> منشیات کے بیجا استعمال کے معالجے کی معلومات | <input type="checkbox"/> کنکٹیوٹ کے عمومی تحریری قوانین (Connecticut General Statutes) کے باب 899 نیز ریاستہائے متحدہ کے ضابطہ کے ٹائٹل 42 کے تحت اس ریکارڈ کی رازداری برقرار رکھنا ضروری ہے۔ یہ مواد تحریری منظوری یا اجازت نامہ کے بغیر جیسا کہ ان تحریری قوانین میں فراہم کیا گیا ہے کسی کو بھی ترسیل نہیں کیا جائے گا۔ |
| <input type="checkbox"/> HIV سے متعلق معلومات، بشمول AIDS سے متعلق جانچ | |
| <input type="checkbox"/> ذہنی صحت کی معلومات | |
- دستخط _____
تاریخ: _____

درج ذیل میں سے کوئی بھی ریکارڈوں کو استعمال یا ان کا افشاء کر سکتا ہے:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> امریکی محکمہ صحت اور انسانی خدمات [Department of Health and Human Services (DHHS)] کی ایجنسیاں | <input type="checkbox"/> ییل یونیورسٹی، ییل ہیومن ریسرچ پروٹیکشن پروگرام (Yale Human Research Protection Program) اور ییل کی جانب سے جائزہ لے رہے کسی خارجی ادارہ جاتی جائزہ بورڈ کے نمائندے اور تحقیق و مالی امور پر مجموعی نگاہ رکھنے کے ذمہ دار افراد |
| <input type="checkbox"/> وہ فراہم کنندگان جو الیکٹرانک میڈیکل ریکارڈ [Electronic Medical Record (EMR)] سسٹم کے شرکاء ہیں | <input type="checkbox"/> اعلیٰ تحقیق کار اور تحقیقی ٹیم |
| <input type="checkbox"/> یو ایس فوڈ اینڈ ڈرگ ایڈمنسٹریشن [U.S. Food and Drug Administration (FDA)] | <input type="checkbox"/> مطالعہ کا کفیل یا مطالعاتی دوا/الہ کا مینوفیکچرر |
| <input type="checkbox"/> دوسرے ممالک کی ادویاتی انضباطی ایجنسیاں | <input type="checkbox"/> وہ نگہداشت صحت فراہم کنندگان جو اس مطالعہ کے سلسلے میں آپ کو خدمات فراہم کرتے ہیں۔ |
| <input type="checkbox"/> وہ لیبارٹریز اور دیگر افراد و تنظیمیں جو مطالعہ کے منصوبے کے مطابق اس مطالعہ کے سلسلے میں آپ کی معلومات صحت کا تجزیہ کرتی ہیں۔ | <input type="checkbox"/> ڈیٹا اینڈ سیفٹی مانیٹورنگ بورڈز/کمٹیز (Data and Safety Monitoring Boards/Committees) اور مطالعہ کی انجام دہی پر نگاہ رکھنے کے مجاز دیگر افراد |
| <input type="checkbox"/> مندرجہ ذیل کے مطابق دیگر: | |

1. میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس اجازت نامہ کی ميعاد _____ کے بعد/کبھی نہیں ختم ہوگی۔ اس فارم کی فوٹو کاپی کو اصل کی طرح ہی موزوں خیال کیا جائے گا۔
2. میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں مطالعہ کے اعلیٰ تحقیق کار کو یا تحقیقی ٹیم کو مطلع کر کے کسی بھی وقت یہ اجازت نامہ کالعدم قرار دے سکتا ہوں اور یہ اجازت نامہ مطلع کیے جانے کی تاریخ کو نافذ العمل ہوگا سوائے اس حد کے کہ اس پر انحصار کرتے ہوئے اس پر پہلے کارروائی کی جا چکی ہو۔ میں اپنی تفسیح اس پتے پر بھی بھیج سکتا/سکتی ہوں: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208252, New Haven, CT 06520-8252
3. میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس اجازت نامہ کے بموجب استعمال یا افشاء کردہ معلومات کا انہیں وصول کنندہ کے ذریعہ دوبارہ افشاء کیا جا سکتا ہے اور یہ رازداری کے وفاقی ضوابط کے ذریعہ مزید تحفظ یافتہ نہیں رہیں گی۔ تاہم، دیگر ریاستی یا وفاقی قانون وصول کنندہ کو خاص طور پر تحفظ یافتہ معلومات، جیسے منشیات کے بیجا استعمال کے معالجے کی معلومات، HIV/AIDS سے متعلقہ معلومات اور نفسیاتی/ذہنی صحت کی معلومات کا افشاء کرنے سے باز رکھ سکتا ہے۔
4. اگر میں اس فارم پر دستخط نہیں کرتا/کرتی ہوں تو میری نگہداشت صحت اور میری نگہداشت صحت کے لیے ادائیگی متاثر نہیں ہوگی۔
5. میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس اجازت نامہ پر دستخط سے میرے منع کرنے سے نفسیاتی معنوریوں کے لیے موجودہ یا آئندہ معالجہ حاصل کرنے کے میرے حق کو خطرہ لاحق نہیں ہوگا سوائے اس کے جہاں معلومات کا افشاء معالجے کے لیے ضروری ہو۔
6. میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس پر میرے دستخط کرنے کے بعد مجھے اس کی ایک کاپی دی جائے گی۔

ذیل میں دستخط کر کے، میں یہ تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے اس اجازت نامہ کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے۔

مریض _____ یا _____
والدین/قانونی سرپرست/مجاز شخص کے دستخط _____
تاریخ _____

مریض سے رشتہ