

Autorizim për Përdorimin ose Dhënien e Informacionit të Mbrojtur Shëndetësor për Studim
(Për përdorim me një Formular të Shkurtër Miratimi)

Emri: _____ Numri i subjektit dhe datëlindja: _____

Nëpërmjet kësaj autorizoj Universitetin Yale të përdorë ose të japë informacionin e mbrojtur shëndetësor timin ashtu sikurse tregohet më poshtë më qëllim të pjesëmarrjes në studim (to be completed by study staff):

Titulli i Studimit: _____

Nr. Protokollit HIC/HSC: _____ PI i Studimit: _____

Informacioni të lejohet për periudhën kohore nga _____ deri _____:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Të dhënat e kërkimit | <input type="checkbox"/> Raporti i radiografisë | <input type="checkbox"/> Shënime dhe rezultatet e analizave në lidhje me: |
| <input type="checkbox"/> Historiku dhe kontrolli fizik | <input type="checkbox"/> Raportet/shënimet e konsultës | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vaksinat | <input type="checkbox"/> Informacioni i recetave | <input type="checkbox"/> Tjetër/komente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Raporti i laboratorit | | _____ |

E kuptoj se ky informacion shëndetësor mund të përfshijë edhe informacion delikat. Duke nënshkruar këtë formular, unë autorizoj konkretisht dhënien e informacionit në lidhje me:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informacioni për Trajtimin nga Abuzimi me Substancat | Konfidencialiteti i këtyre të dhënave kërkohet sipas Kapitullit 899 të Statuteve të Përgjithshëm të Kontëktikatit (Chapter 899 of the Connecticut General Statutes) si dhe Titullit 42 të kodit të Shteteve të Bashkuara. Ky material nuk do t'i kalohet askujt tjetër pa miratimin me shkrim apo autorizimin sipas këtyre statuteve. |
| <input type="checkbox"/> Informacioni në lidhje me HIV, përshi analizat në lidhje me SIDA-n | |
| <input type="checkbox"/> Informacioni i shëndetit mendor | |
- Firma:** _____
Data: _____

Të dhënat mund të përdoren apo t'u jepen të gjithëve këtu më poshtë:

- Agjencive të Departamentit Amerikan të Shëndetësisë dhe Shërbimeve Njerëzore (The U.S. Department of Health and Human Services (DHHS))
- Përfaqësuesve të Universitetit të Yale, Programit të Mbrojtjes së Studimeve Njerëzore të Yale dhe Bordeve të Jashtme Shqyrtuese Institucionale që merren me shqyrtimin në emër të Yale si dhe mbikëqyrësve përgjegjës për punën hulumtuese dhe financiare.
- Ofruesve që bëjnë pjesë në sistemin e të Dhënave Mjekësore Elektronike (EMR)
- Krye-hetuesit dhe ekipit kërkimor
- Administratës Amerikane të Ushqimit dhe Ilaçeve (The U.S. Food and Drug Administration (FDA))
- Sponsorizuesit të studimit ose prodhuesit të ilaçit/aparatit në studim
- Agjencive rregullatore të ilaçeve në vende të tjera
- Ofruesve të kujdesit shëndetësor të cilët ofrojnë shërbime në lidhje me këtë studim.
- Laboratorëve, individëve dhe organizatave të tjera që analizojnë informacionin tuaj shëndetësor në lidhje me studimin në fjalë, sipas planit të studimit.
- Bordeve/komisioneve monitorues të të dhënave dhe sigurisë si dhe të tjerëve që janë autorizuar të monitorojnë dhe kryejnë studimin
- Të tjerëve si vihen në dukje: _____

1. Unë e kuptoj se ky autorizim do të skadojë pas _____ viteve/asnjëherë. Një fotokopje e këtij formulari do të konsiderohet e vlefshme si dhe origjinali.
2. Unë e kuptoj se mund ta anuloj këtë autorizim në çdo kohë duke njoftuar krye-hetuesin e studimit ose ekipin kërkimor dhe ky autorizim do të pushojë së qeni në fuqi qysh prej ditës së njoftimit me përjashtim të veprimeve që janë kryer deri në atë kohë, në mbështetje të tij. Unë duhet t'ia dërgoj anulimin edhe: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. E kuptoj se ky informacion i përdorur apo lejuar sipas këtij autorizimi mund të jetë subjekt i ri-lejimit nga marrësi dhe të mos jetë më i mbrojtur nga rregullat federale të privatësisë. Megjithatë, ligjet e tjera shtetërore ose federale mund të ndalojnë marrësin nga nxjerrja e informacionit të mbrojtur, si informacioni i trajtimit nga abuzimi me substancat, informacioni në lidhje me HIV/SIDA, si dhe informacioni i shëndetit psikik/mendor.
4. Kujdesi im shëndetësor si dhe pagesat për kujdesin tim shëndetësor nuk do të ndikohen në rast se unë nuk do ta nënshkruaj këtë formular.
5. E kuptoj se refuzimi për të nënshkruar këtë Autorizim nuk do të rrezikojë të drejtën time për të marrë trajtim në të tashmen apo të ardhmen për paaftësinë psikike me përjashtim të rasteve kur nxjerrja e informacionit është e domosdoshme për trajtimin.
6. E kuptoj se do të marr një kopje të këtij informacioni pasi ta kem nënshkruar.

Duke nënshkruar këtu më poshtë, unë pranoj se e kam lexuar dhe kuptuar këtë Autorizim.

_____ OSE _____
Firma e Pacientit **Prindi/Kujdestari Ligjor/Personi i Autorizuar** **Data**

Lidhja me Pacientin