

تصريح باستخدام المعلومات الصحية المحمية أو الإفصاح عنها لأغراض الدراسة البحثية
(يستخدم مع نموذج الموافقة المختصر)

الاسم: _____ رقم الشخص المشارك في الدراسة أو تاريخ الميلاد: _____

أصرح أنا بموجب هذا المستند لجامعة "ييل" باستخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بي أو الإفصاح عنها على النحو الموضح أدناه لغرض المشاركة في دراسة بحثية (يتم استكمالها بمعرفة الفريق المسؤول عن الدراسة):

اسم الدراسة: _____

رقم بروتوكول HIC/HSC: _____ الباحث الرئيسي المسؤول عن الدراسة: _____

الفترة الزمنية التي سيتم نشر المعلومات خلالها تمتد من _____ إلى _____:

سجل الدراسة تقرير الأشعة السينية الملاحظات ونتائج الاختبارات ذات الصلة:

التاريخ المرضي والفحص العضوي تقرير/ملاحظات الاستشارة أخرى/تعليقات: _____

التطعيمات المعلومات الخاصة بالأدوية الموصوفة تقرير المعمل

أدرك أن هذه المعلومات الصحية قد تشتمل على معلومات حساسة. عبر التوقيع على هذا النموذج، فإنني أصرح تحديدًا بنشر المعلومات المتعلقة بـ:

المعلومات المتعلقة بعلاج سوء استخدام المواد
 المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك الاختبارات المتعلقة بمرض الإيدز
 المعلومات المتعلقة بالصحة النفسية

يتعين الحفاظ على سرية هذا السجل بموجب الفصل 899 من القانون العام لولاية كونيتيكت، وكذلك الفقرة 42 من قانون الولايات المتحدة. لا يجوز نقل محتوى هذا المستند إلى أي شخص دون موافقة أو تصريح كتابي على النحو المنصوص عليه في هذه القوانين.

التوقيع: _____

التاريخ: _____

يجوز للجهات التالية استخدام السجلات والاطلاع عليها:

الهيئات التابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (DHHS)
 ممثلو جامعة "ييل"، وبرنامج حماية الدراسات الإنسانية التابع لجامعة "ييل"، وأي مجالس مراجعة مؤسسية خارجية تقوم بالمراجعة بالنيابة عن جامعة "ييل"، والمجالس المسؤولة عن الإشراف عن الدراسات والرقابة المالية
 موفرو الخدمات المشاركون في نظام السجلات الطبية الإلكترونية (EMR)
 الباحث الرئيسي والفريق المسؤول عن الدراسة
 هيئة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA)
 الجهة الراعية للدراسة أو الجهة المصنعة للعقار/الجهاز الخاضع للدراسة
 الهيئات التنظيمية للعقاقير في البلدان الأخرى
 موفرو الرعاية الصحية المسؤولين عن تقديم الخدمات لك فيما يتعلق بهذه الدراسة.
 المعامل والأفراد والمؤسسات الأخرى التي تقوم بتحليل المعلومات الصحية الخاصة بك فيما يتعلق بهذه الدراسة، ووفقًا لخطة الدراسة.
 المجالس/اللجان المسؤولة عن مراقبة البيانات والسلامة والجهات الأخرى المصرح لها بمراقبة سير الدراسة
 الجهات الأخرى على النحو المشار إليه:

1. أدرك أن هذا التصريح ستنتهي فترة سريته بعد _____ سنوات/مطلقًا. تعتبر صورة هذا النموذج سارية تمامًا كالنسخة الأصلية.
2. أتفهم أن بإمكانني إلغاء هذا التصريح في أي وقت عن طريق إخطار الباحث الرئيسي للدراسة أو الفريق المسؤول عن الدراسة ولن يكون هذا التصريح ساريًا اعتبارًا من تاريخ الإخطار باستثناء الإجراءات التي سبق اتخاذها بناءً عليه. يمكنني أيضًا إرسال إخطار الإلغاء إلى العنوان التالي: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. أتفهم أن المعلومات التي يتم استخدامها أو الإفصاح عنها بموجب هذا التصريح قد تكون عرضة لإعادة الإفصاح عنها من قبل المستلم ولن تكون خاضعة للحماية بعد ذلك بموجب لوائح الخصوصية الفيدرالية. ومع ذلك، قد تحظر قوانين الولايات أو القوانين الفيدرالية الأخرى على المستلم الإفصاح عن المعلومات الخاضعة للحماية خاصة، مثل المعلومات المتعلقة بعلاج سوء استخدام المواد، والمعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والمعلومات المتعلقة بالصحة النفسية.
4. لن يكون هناك أي تأثير على الرعاية الصحية الخاصة بي والمبالغ التي أدفعها مقابل الحصول على الرعاية الصحية في حالة عدم توقيعي على هذا النموذج.
5. أدرك أن إجماعي عن التوقيع على هذا التصريح لن يؤثر سلبًا على حقي في الحصول على علاج الإعاقات النفسية في الوقت الحالي أو في المستقبل إلا إذا كان الإفصاح عن المعلومات ضروريًا لتلقي العلاج.
6. أتفهم أنني سأحصل على نسخة من هذا النموذج بعد توقيعه.

عبر التوقيع أدناه، فإنني أقر بأنني قد قرأت هذا التصريح وفهمت محتواه.

أو

التاريخ

الوالد/الوصي القانوني/الشخص المفوض

توقيع المريض

الرقابة بالمريض