

স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সুরক্ষিত তথ্য গবেষণার উদ্দেশ্যে ব্যবহার বা প্রকাশ করার জন্য অনুমোদন  
(সংক্ষিপ্ত ফর্ম সম্মতির সঙ্গে ব্যবহারের জন্য)

নাম: \_\_\_\_\_ অংশগ্রহণকারী নম্বর বা জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_

আমি একটি গবেষণা অধ্যয়নে অংশগ্রহণের উদ্দেশ্যে, ইয়েল বিশ্ববিদ্যালয়কে (Yale University) আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সুরক্ষিত তথ্য ব্যবহার বা প্রকাশ করার জন্য এতদ্বারা অনুমোদন দিচ্ছি (অধ্যয়ন কর্মীকে সম্পূর্ণ করতে হবে):

অধ্যয়নের শিরোনাম: \_\_\_\_\_

HIC/HSC প্রোটোকল #: \_\_\_\_\_ অধ্যয়নের PI: \_\_\_\_\_

থেকে \_\_\_\_\_ এর সময়কালের জন্য যে তথ্য প্রকাশ করা হবে:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> গবেষণার রেকর্ড             | <input type="checkbox"/> এক্স-রে রিপোর্ট                   | <input type="checkbox"/> নিম্নলিখিতের সাথে সম্পর্কিত নোট ও পরীক্ষার ফলাফল: |
| <input type="checkbox"/> ইতিহাস এবং শারীরিক পরীক্ষা | <input type="checkbox"/> চিকিৎসামূলক পরামর্শের রিপোর্ট/নোট | _____  |
| <input type="checkbox"/> টিকাকরণ                    | <input type="checkbox"/> প্রেসক্রিপশনের তথ্য               | <input type="checkbox"/> অন্যান্য/মন্তব্য                                  |
| <input type="checkbox"/> ল্যাব রিপোর্ট              |  | _____  |

আমি বুঝি যে স্বাস্থ্য বিষয়ক এই তথ্যে সংবেদনশীল তথ্য থাকতে পারে। এই ফর্মে স্বাক্ষর করার দ্বারা আমি নিম্নলিখিতের সাথে সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করার জন্য সুনির্দিষ্টভাবে অনুমোদন প্রদান করছি:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> নেশার দ্রব্য সেবনের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য    | কানেক্টিকাট সাধারণ বিধি (Connecticut General Statutes) এর অধ্যায় 899 এবং যুক্তরাষ্ট্র সংহিতার (United States Code) শিরোনাম 42 এর অধীনে এই বেকর্ডের গোপনীয়তা আবশ্যিক। এই বিষয়বস্তুটি এই বিধিগুলিতে প্রদান করা |
| <input type="checkbox"/> HIV সম্পর্কিত তথ্য, AIDS সম্পর্কিত পরীক্ষা সহ | লিখিত সম্মতি বা অনুমোদন ছাড়া কারো কাছে   |
| <input type="checkbox"/> মানসিক স্বাস্থ্যের তথ্য                       | স্থানান্তরিত করা হবে না।  |

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

তারিখ: \_\_\_\_\_

রেকর্ডগুলি নিম্নলিখিত যে কারও দ্বারা ব্যবহৃত হতে পারে এবং তাদের কাছে প্রকাশ করা হতে পারে:

- ইউএস স্বাস্থ্য ও মানব পরিষেবা (U.S. Department of Health and Human Services) এজেন্সিগুলি
- ইয়েল বিশ্ববিদ্যালয়ের (Yale University) প্রতিনিধি, ইয়েল মানব গবেষণা সুরক্ষা কর্মসূচি (Yale Human Research Protection Program), ইয়েল (Yale)-এর পক্ষ থেকে পর্যালোচনাকারী যে কোনো বহিঃস্থ প্রাতিষ্ঠানিক পর্যালোচনা বোর্ড (Institutional Review Board) এবং গবেষণা ও আর্থিক নজরদারীর জন্য দায়িত্বশীল ব্যক্তিরা
- যে সকল প্রদানকারী ইলেকট্রনিক মেডিকাল রেকর্ড (EMR) সিস্টেমে অংশগ্রহণ করেন
- প্রধান অনুসন্ধানকারী ও গবেষণা দল
- ইউএস খাদ্য ও ওষুধ প্রশাসন (Food and Drug Administration, FDA)
- অধ্যয়নের স্পনসর বা অধ্যয়নের ওষুধ/ডিভাইসের প্রস্তুতকারক
- অন্যান্য দেশে ওষুধ নিয়ন্ত্রক সংস্থাগুলি
- যে সকল স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী এই অধ্যয়নের সাথে সংশ্লিষ্ট পরিষেবাগুলি আপনাকে প্রদান করেন।
- ল্যাবরেটরি ও অন্যান্য ব্যক্তি ও সংস্থা যারা অধ্যয়ন পরিকল্পনাটি অনুযায়ী এই অধ্যয়নের সাথে সম্পর্কিত উদ্দেশ্যে আপনার স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্য বিশ্লেষণ করে।
- তথ্য ও নিরাপত্তা পর্যবেক্ষণকারী বোর্ড/কমিটি এবং অধ্যয়ন পরিচালনা পর্যবেক্ষণ করার জন্য অনুমোদিত অন্যান্য।
- অন্যান্য, যেমন সূচিত আছে: \_\_\_\_\_

- আমি বুঝি যে এই অনুমোদনটির মেয়াদ \_\_\_\_\_ বছর পরে অতিক্রান্ত হবে/কখনও অতিক্রান্ত হবে না। এই ফর্মের একটি ফটোকপিকে আসলের মতই বৈধ হিসেবে বিবেচনা করা হবে।
- আমি বুঝি যে অধ্যয়নের প্রধান অনুসন্ধানকারী বা গবেষণা দলকে অবহিত করে আমি যে কোনো সময়ে এই অনুমোদন রদ করতে পারব এবং জ্ঞাপিত তারিখে এই অনুমোদনটি আর কার্যকর থাকবে না, যার ব্যতিক্রম হবে এটির ওপরে নির্ভর করে ইতিমধ্যেই যে পদক্ষেপ নেওয়া হয়েছে সেই সীমা পর্যন্ত। আমি রদ করার অনুরোধটি এখানেও পাঠাতে পারি: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208252, New Haven, CT 06520-8252
- আমি বুঝি যে এই অনুমোদন অনুযায়ী ব্যবহৃত বা প্রকাশিত তথ্যটি প্রাপক পুনরায় প্রকাশ করতে পারে এবং ফেডারাল গোপনীয়তার বিধিনিয়ম দ্বারা তা আর সুরক্ষিত থাকবে না। তবে অন্যান্য স্টেট বা ফেডারাল আইন অনুযায়ী, সুনির্দিষ্টভাবে সুরক্ষিত তথ্য প্রাপকের দ্বারা প্রকাশিত হওয়া নিষিদ্ধ হতে পারে, যেমন নেশার দ্রব্য সেবনের চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য, HIV/AIDS সম্পর্কিত তথ্য, এবং মানসিক রোগের চিকিৎসা/মানসিক স্বাস্থ্যের তথ্য।
- আমি এই ফর্মে স্বাক্ষর না করলে আমার স্বাস্থ্য সেবা এবং আমার স্বাস্থ্যসেবার জন্য অর্থপ্রদান প্রভাবিত হবে না।
- আমি বুঝি যে আমি এই অনুমোদনে স্বাক্ষর করতে অস্বীকার করলে, তা বর্তমানে বা ভবিষ্যতে মানসিক রোগজনিত অক্ষমতাগুলির চিকিৎসা পাওয়ার জন্য আমার অধিকারকে বিপন্ন করবে না, যার ব্যতিক্রম হবে সেই ক্ষেত্রে যেখানে চিকিৎসার জন্য তথ্য প্রকাশ করা প্রয়োজনীয়।
- আমি বুঝি যে আমি এই ফর্মে স্বাক্ষর করার পরে আমি এটির একটি কপি পাবো।

নিচে স্বাক্ষর করার দ্বারা আমি স্বীকার করছি যে আমি এই অনুমোদনটি পড়েছি ও বুঝেছি।

রোগীর স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

পিতামাতা/আইনসম্মত অভিভাবক/অনুমোদিত ব্যক্তি \_\_\_\_\_

তারিখ \_\_\_\_\_

রোগীর সাথে সম্পর্ক \_\_\_\_\_

সংশোধনের তারিখ: এপ্রিল 2015