

Autorisation pour l'utilisation ou la divulgation d'informations confidentielles de santé pour la recherche
(à utiliser avec le formulaire de consentement court)

Nom: _____ Numéro du sujet ou Date de naissance: _____

Par la présente, je donne l'autorisation à l'Université de Yale d'utiliser ou de communiquer mes informations confidentielles de santé, comme indiqué ci-dessous, dans le but de participer à un projet de recherche (à remplir par le personnel de recherche):

Titre de l'étude: _____

N° de protocole HIC/HSC: _____ Chercheur Principal: _____

Informations à communiquer pour la période du _____ au _____:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dossier de recherche | <input type="checkbox"/> Rapport de radiographie | <input type="checkbox"/> Notes et résultats de test pour : _____ |
| <input type="checkbox"/> Historique et examen médical | <input type="checkbox"/> Rapport/notes de consultation | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vaccinations | <input type="checkbox"/> Informations relatives aux ordonnanc | <input type="checkbox"/> Autre/Commentaires: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rapport de laboratoire | | _____ |

Je comprends que ces informations relatives à ma santé peuvent contenir des renseignements sensibles. En signant ce formulaire, j'autorise de manière expresse la divulgation des informations relatives à :

- Informations relatives au traitement de la toxicomanie
- Informations relatives au VIH, y compris les tests de SIDA
- Informations psychiatriques et de santé mentale

La confidentialité de ce document est garantie sous le chapitre 899 du *Connecticut General Statutes*, ainsi que le Titre 42 du code des États-Unis. Ce document ne devra être communiqué à quiconque sans consentement ou autorisation par écrit, comme indiqué dans ces textes de loi.

Signature _____

Date: _____

Les informations peuvent être divulguées à/utilisées par les entités ci-dessous:

- Les agences du Département américain de la santé (*U.S. Department of Health and Human Services - DHHS*)
- Les représentants de l'Université de Yale (*Yale University*), le Programme de protection de la recherche humaine à Yale (*Yale Human Research Protection Program*), tout Comité d'évaluation institutionnel externe, agissant pour le compte de Yale et les superviseurs de la recherche et des finances
- Les fournisseurs qui participent au système *Electronic Medical Record (EMR)*
- Le Chercheur Principal et l'équipe de recherche
- La *U.S. Food and Drug Administration (FDA)*
- Le sponsor de l'étude ou le fabricant de médicaments/appareils pour l'étude
- Les organismes de contrôle des médicaments dans d'autres pays
- Les professionnels de santé qui s'occupent de vous en rapport avec cette étude
- Les laboratoires et autres personnes et organisations qui analysent vos informations de santé en rapport avec cette étude, conformément au plan d'étude
- Les organismes/comités de contrôle des données et de la sécurité, ainsi que tous ceux autorisés à surveiller la réalisation de l'étude
- Les autres, ainsi que noté ci-après: _____

1. Je comprends que cette autorisation expire au bout de _____ans/jamais. Une photocopie de ce formulaire sera considérée aussi valable que l'original.
2. Je comprends que je peux révoquer cette autorisation n'importe quand, en avisant le Chercheur Principal de l'étude ou l'équipe de recherche, et cette autorisation cessera d'être valide à la date de la notification, sauf si des actions en découlant ont déjà été engagées. Je peux aussi envoyer une révocation à: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255.
3. Je comprends que toute information utilisée ou divulguée en vertu de cette autorisation, peut être divulguée à nouveau par le destinataire et n'est plus protégée par les lois fédérales de protection de la vie privée. Néanmoins, d'autres états ou lois fédérales pourraient interdire au destinataire de divulguer des informations spécifiquement protégées, comme les renseignements relatifs au traitement de la toxicomanie, au VIH/SIDA ou à la santé mentale et psychiatrique.
4. Les soins que je reçois et les avantages financiers liés à ces soins ne seront pas affectés si je ne signe pas ce formulaire.
5. Je comprends que mon refus de signer cette autorisation ne compromet pas mon droit d'obtenir un traitement actuel ou futur pour des troubles psychiatriques, sauf si la divulgation des informations est nécessaire au traitement.
6. Je comprends que j'obtiendrai une copie de ce document après l'avoir signé.

En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et compris cette Autorisation.

Signature du patient

OU

Parent/Tuteur légal/ Personne autorisée

Date

Lien avec le Patient