

კვლევის მიზნით ჯანმრთელობის შესახებ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამოყენებისა და გამჟღავნების ნებართვა
(მოკლე თანხმობის ფორმასთან ერთად გამოსაყენებლად)

სახელი და გვარი: _____ სუბიექტის ნომერი ან დაბადების თარიღი: _____

წინამდებარე დოკუმენტით უფლებამოსილებას ვანიჭებ იელის უნივერსიტეტს, კვლევაში მონაწილეობის მიზნით, გამოიყენოს ან გამჟღავნოს კონფიდენციალური ინფორმაცია ჩემი ჯანმრთელობის შესახებ, როგორც ეს ქვემოთ არის აღნიშნული (ივსება კვლევითი პერსონალის მიერ):

კვლევის დასახელება: _____

HIC/HSC-ის პროტოკოლის #: _____ მთავარი მკვლევარი: _____

ინფორმაცია გაიცემა შემდეგი ვადით: _____

- კვლევის ჩანაწერი
- ანემნეზი და ფიზიკალური გამოკვლევა
- იმუნიზაცია
- ლაბორატორიის შედეგები
- რენტგენის ცნობა
- კონსულტაციის ცნობა/შენიშვნები
- მონაწილის ინფორმაცია
- შენიშვნები და ანალიზის შედეგები, რომლებიც დაკავშირებულია შემდეგთან: _____
- სხვა/კომენტარები: _____

ჩემთვის ცნობილია, რომ ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაცია შეიძლება შეიცავდეს მგრძობიარე მონაცემებს. ამ ფორმის ხელმოწერით მე ვანიჭებ უფლებამოსილებას, რომ გამჟღავნდეს ინფორმაცია შემდეგთან დაკავშირებით:

- ინფორმაცია ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების მკურნალობის შესახებ
- აივ-თან დაკავშირებული ინფორმაცია, მათ შორის, შიდსთან დაკავშირებული ანალიზები
- ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ

აღნიშნული ჩანაწერის კონფიდენციალობის დაცვის ვალდებულება გათვალისწინებულია კონფიდენციალური ზოგადი დებულებების 899-ე თავით, მათ შორის აშშ-ის კოდექსის 42-ე ნაწილით. ეს მასალა არავის არ გადაეცემა ზემოაღნიშნული კანონმდებლობით გათვალისწინებული წერილობითი თანხმობის ან უფლებამოსილების გარეშე.

ხელმოწერა: _____
თარიღი: _____

ჩანაწერების მიღებისა და გამოყენების უფლება აქვთ შემდეგ პირებს:

- აშშ-ის ჯანმრთელობისა და სოციალური სამსახურების სამინისტრო (DHHS)
- იელის უნივერსიტეტის წარმომადგენლები, იელის ადამიანზე კვლევის დაცვის პროგრამა, ნებისმიერი გარე ინსტიტუციონალური განხილვის საბჭოები, რომლებიც განხილვას ახორციელებენ იელის სახელით და კვლევასა და ფინანსურ კონტროლზე პასუხისმგებელი პირები.
- მომწოდებლები, რომლებიც მონაწილეობენ ელექტრონული სამედიცინო ანკეტების (EMR) სისტემაში
- მთავარი მკვლევარი და კვლევითი გუნდი
- აშშ-ის სურსათისა და მედიკამენტების კონტროლის ადმინისტრაცია (FDA)
- კვლევის სპონსორი ან საკვლევი პრეპარატის/მოწყობილობის მწარმოებელი
- სხვა ქვეყნის მედიკამენტების მარეგულირებელი სამსახურები
- ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლები, რომლებიც კვლევასთან დაკავშირებულ მომსახურებას აწვდიან
- ლაბორატორიები და სხვა ფიზიკური თუ იურიდიული პირები, რომლებიც კვლევის შესაბამისად ანალიზებენ თქვენს ჯანმრთელობის ინფორმაციას ამ კვლევასთან დაკავშირებით.
- მონაცემებისა და უსაფრთხოების მონიტორინგის საბჭოები/კომიტეტები, კვლევის მონიტორინგზე პასუხისმგებელი სხვა პირები
- სხვები, როგორც მითითებულია: _____

1. მესმის, რომ წინამდებარე ნებართვის ვადა იწურება _____ წლის შემდეგ/უვადოა. წინამდებარე ფორმის ფოტოასლი მიჩნეული იქნება ნამდვილად, როგორც ორიგინალი.
2. მესმის, რომ წინამდებარე ნებართვა შემოიღო ნებისმიერ დროს გამოვითხოვო ძირითად მკვლევართან ან კვლევით გუნდთან შეტყობინების გაგზავნით და რომ ნებართვა ძალას დაკარგავს ამ შეტყობინების გაგზავნის თარიღიდან, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა მის საფუძველზე უკვე განხორციელდა შესაბამისი ქმედება. ნებართვის გაუქმების შეტყობინება ასევე შეიძლება გაუგზავნო: HIPAA-ის კონფიდენციალურობის საკითხების სპეციალისტს, იელის უნივერსიტეტი, საფოსტო ყუთი 208252, ნიუ ჰევენი, CT 06520-8252
3. მესმის, რომ წინამდებარე ნებართვის საფუძველზე გამოყენებული ან გამჟღავნებული ინფორმაცია შეიძლება ხელახლა გამჟღავნდეს მისი მიმღების მიერ და აღარ დაეკავშირება კონფიდენციალურობის ფედერალური მარეგულირებელი აქტებით გათვალისწინებულ დაცვას. თუმცა, სხვა შტატის თუ ფედერალური კანონი შეიძლება კრძალავდეს მიმღების მიერ სპეციალურად დაცული ინფორმაციის გამჟღავნებას, მაგალითად, როგორცაა ინფორმაცია ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების მკურნალობის შესახებ, აივ/შიდსთან დაკავშირებული ინფორმაცია, ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ.
4. თუ ამ ფორმას ხელს არ მოვაწერ, ეს არ იმოქმედებს ჩემს სამედიცინო მომსახურებაზე და სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე.
5. მესმის, რომ წინამდებარე ნებართვაზე ხელმოწერაზე უარის თქმა არ იმოქმედებს ჩემს უფლებაზე, მივიღო ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობა როგორც ამჟამად, ასევე მომავალში, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მკურნალობის მიზნით საჭიროა ინფორმაციის გამჟღავნება.
6. მესმის, რომ ამ ფორმაზე ხელმოწერის შემდეგ მივიღებ მის ასლს.

ქვემოთ ხელის მოწერით ვადასტურებ, რომ წავიკითხე და ვეთანხმები ამ ნებართვის მიცემას.

პაციენტის ხელმოწერა _____ ან _____ მშობელი/მეურვე/უფლებამოსილი პირი _____ თარიღი _____

