

**אישור לשימוש או העברה של מידע רפואי מוגן לצורכי מחקר**  
(לשימוש עם טופס הסכמה מקוצר)

שם: \_\_\_\_\_ מספר נבדק או תאריך לידה: \_\_\_\_\_

**אני מאשר/ת בזאת לאוניברסיטת ייל להשתמש או להעביר את המידע הרפואי המוגן שלי כפי שמפורט להלן למטרות השתתפות במחקר (למילוי על ידי צוות המחקר):**

שם המחקר: \_\_\_\_\_

מס' פרוטוקול HIC/HSC : \_\_\_\_\_ החוקר הראשי של המחקר: \_\_\_\_\_

**המידע שיועבר לגבי התקופה מ- \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ :**

- |   |                                    |  |   |
|---|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> רשומת                  | <input type="checkbox"/> מחקר      | <input type="checkbox"/> דוח רנטגן         | <input type="checkbox"/> הערות ותוצאות בדיקות |
| <input type="checkbox"/> היסטוריה ובדיקה גופנית | <input type="checkbox"/> דוח/הערות | <input type="checkbox"/> מידע על תרופות    | <input type="checkbox"/> הקשורות ל-: _____    |
| <input type="checkbox"/> חיסונים                | <input type="checkbox"/> במרשם     | <input type="checkbox"/> אחר/תגובות: _____ |   |
| <input type="checkbox"/> דוח מעבדה              |                                    |  |   |

**אני מבין/ה כי מידע רפואי זה עשוי לכלול מידע רגיש. בחתימתי על טופס זה אני מרשה מפורשות להעביר את המידע בנוגע לנושאים הבאים:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> מידע על טיפול עקב שימוש בחומרים ממכרים       | הסודיות של רשומה זו נדרשת על פי Chapter 899 של החוקים הכלליים של קונטיקט, וכן על פי Title 42 של ה-United States code. חומר זה לא יועבר לאף אדם ללא הסכמה או אישור בכתב, בהתאם לאמור בחוקים אלה. |
| <input type="checkbox"/> מידע הקשור ל-HIV, כולל בדיקות הקשורות לאיידס |   |
| <input type="checkbox"/> מידע על בריאות נפשית                         |   |

**חתימה**

\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**מותר להעביר את הרשומות לידי הגורמים הבאים, הרשאים להשתמש בהן:**

סוכנויות של מחלקת הבריאות ושירותי האנוש של ארה"ב (DHHS)

- נציגים מאוניברסיטת ייל, התכנית של ייל להגנה במחקרים בבני אדם, כל ועדות סקירה מוסדיות חיצוניות המבצעות סקירה בשם ייל, והאחרים על פיקוח מחקרי ופיננסי ספקים המשתתפים במערכת הרשומות הרפואיות האלקטרוניות (EMR)
  - החוקר הראשי וצוות המחקר
  - מינהל המזון והתרופות של ארה"ב (FDA)
  - יזם המחקר או היצרן של תרופת המחקר/אביזר המחקר
  - רשויות תקינה האחראיות על תרופות במדינות אחרות
  - ספקים של שירותי בריאות המספקים לך שירותים בקשר למחקר זה.
  - מעבדות ויחידים וארגונים אחרים המנתחים את המידע הרפואי שלך בקשר למחקר זה, בהתאם לתכנית המחקר.
  - מועצות/ועדות לניטור נתונים ובטיחות, וגורמים אחרים המורשים לנטר את ניהול המחקר
- אחרים,  
כמפורט:

1. אני מבין/ה כי אישור זה יפקע לאחר \_\_\_\_\_ **שנים/אף פעם**. העתק מצולם של טופס זה ייחשב בר תוקף כמו המקור.
2. אני מבין/כי אני רשאי/ת לבטל אישור זה בכל עת על ידי הודעה לחוקר הראשי של המחקר או לצוות המחקר, וכי אישור זה יחדל להיות תקף במועד ההודעה, למעט במידה שכבר נעשתה פעולה בהסתמך עליו. אני רשאי/ת לשלוח הודעת ביטול גם אל: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. אני מבין/ה כי המידע שייעשה בו שימוש או שיועבר בהתאם לאישור זה, עשוי להיות מועבר פעם נוספת על ידי המקבל ולא יהיה מוגן יותר על ידי תקנות הרגולציה הפדרלית לעניין פרטיות. אולם, עשויים להיות חוקים מדינתיים או פדרליים אחרים האוסרים על המקבל לחשוף מידע הכפוף להגנה מיוחדת, כגון מידע על טיפול עקב שימוש בחומרים ממכרים, מידע הקשור ל-HIV/איידס, ומידע על בריאות פסיכיאטרית/נפשית.
4. הטיפול הרפואי בי, והתשלום על הטיפול הרפואי בי, לא יושפעו אם לא אחתום על טופס זה.
5. אני מבין/ה כי סירובי לחתום על אישור זה לא יסכן את זכותי לקבל טיפול למוגבלויות פסיכיאטריות כעת או בעתיד, למעט במקרים שבהם חשיפת המידע הכרחית לטיפול.
6. אני מבין/ה כי אקבל עותק של טופס זה לאחר שאחתום עליו.

**בחתימתי להלן, אני מאשר/ת כי קראתי אישור זה והבנתי את תוכנו.**

\_\_\_\_\_ או \_\_\_\_\_  
**חתימת המטופל/ת**                      **הורה/אפוטרופוס חוקי/נציג מורשה**                      תאריך

קשר למטופל