

Разрешение на использование или разглашение защищенной медицинской информации в исследовательских целях

(используется с краткой формой письменного согласия)

Полное имя: _____ Номер пациента или дата рождения: _____

Я настоящим уполномочиваю Йельский университет (Yale University) использовать или разглашать мою защищенную медицинскую информацию, согласно указанным ниже положениям, с целью участия в исследовании (заполняется сотрудниками исследования):

Название исследования: _____

Протокол NIC/HSC #: _____ Главный исследователь (ГИ) исследования: _____

Информация выдается на срок с _____ до _____:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Материалы по исследованию | <input type="checkbox"/> Результаты рентгенографии | <input type="checkbox"/> Комментарии и результаты анализов, связанных с: |
| <input type="checkbox"/> Анамнез и физический осмотр | <input type="checkbox"/> Отчеты / заметки по консультациям | _____ |
| <input type="checkbox"/> Профилактические прививки | <input type="checkbox"/> Информация о принимаемых рецептурных препаратах | <input type="checkbox"/> Другое / Комментарии: _____ |
| <input type="checkbox"/> Результаты лабораторных анализов | | _____ |

Я понимаю, что такая медицинская информация может включать конфиденциальную информацию. Подписывая данную форму, я прямо даю свое разрешение на предоставление информации, касающейся:

- Информации о лечении наркотической или алкогольной зависимости
- Информации, касающейся ВИЧ-статуса, включая тестирование на СПИД
- Информации о психическом здоровье

Конфиденциальность данных, полученных в рамках данного исследования, сохраняется в соответствии с требованиями Статьи 899 Сборника законов штата Коннектикут, а также Раздела 42 Свода законов Соединенных Штатов Америки. Данные материалы не подлежат передачи каким-либо лицам без письменного согласия или разрешения, как это предусмотрено в данном регламенте.

Подпись _____

Дата: _____

Данные исследования могут быть использованы и разглашены следующим лицам:

- Органам Департамента здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services, DHHS)
- Представителям Йельского университета, Программе Йельского университета по защите пациентов, участвующих в исследованиях (Yale Human Research Protection Program), любым внешним Экспертным советам (Institutional Review Boards), осуществляющим проверку по поручению Йельского университета, и лицам, отвечающим за исследовательский и финансовый контроль
- Поставщикам, являющимся участниками системы электронных медицинских карт (Electronic Medical Record, EMR)
- Главному исследователю и исследовательской группе
- Управлению по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (U.S. Food and Drug Administration, FDA)
- Спонсору исследования или производителю исследуемого лекарственного препарата / медицинского устройства
- Органам, контролирующим обращение лекарственных средств, в других странах
- Поставщикам медицинского обслуживания, предоставляющим Вам услуги в связи с данным исследованием.
- Лабораториям или другим физическим лицам и организациям, анализирующим Вашу медицинскую информацию в связи с данным исследованием в соответствии с планом исследования
- Советам / комитетам по контролю данных и безопасности и другим лицам, уполномоченным контролировать проведение исследования
- Другим указанным лицам: _____

1. Я понимаю, что срок действия данного разрешения истечет через _____ **лет**/не истечет. Фотокопия данной формы будет иметь такую же юридическую силу, как и оригинал.
2. Я понимаю, что я могу отозвать данное разрешение в любое время, уведомив Главного исследователя или исследовательскую группу исследования, и что данное разрешение прекратит свое действие в день уведомления, за исключением случаев, когда на основании разрешения действия уже были предприняты. Кроме того, я могу отправить отзыв по адресу: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. Я понимаю, что информация, использованная и разглашенная в соответствии с данным разрешением, может быть повторно разглашена получателем и больше не будет защищаться федеральными нормативно-правовыми актами по защите конфиденциальности. Тем не менее, другие законы штата или федеральные законы могут запрещать получателю разглашать особо охраняемую информацию, например, информацию о лечении наркотической или алкогольной зависимости, информацию, касающуюся ВИЧ/СПИДа, и психиатрическую информацию / информацию о психическом здоровье.
4. Если я не подпишу данную форму, то это не повлияет на мое медицинское обслуживание и оплату моего медицинского обслуживания.
5. Я понимаю, что мой отказ подписать данное Разрешение не поставит под угрозу мое право получать лечение психиатрических расстройств в настоящем или будущем, за исключением случаев, когда разглашение информации необходимо для лечения.
6. Я понимаю, что я получу копию данной формы после того, как она будет подписана мной.

Подписав ниже, я подтверждаю, что я прочитал(а) и понял(а) содержание данного Разрешения.

_____ ИЛИ _____
Подпись пациента **Подпись родителя / опекуна / уполномоченного представителя** _____ Дата

Кем доводится пациенту