

**පර්යේෂණ සඳහා ආරක්ෂිත සෞඛ්‍ය තොරතුරු භාවිතා කිරීම හෝ අනාවරණය කිරීම සඳහා බලය පැවරීම**  
(කැමැත්ත ප්‍රකාශකිරීමේ කෙටි ආකෘති පත්‍රය සමඟ භාවිතා කිරීම සඳහා)

නම: \_\_\_\_\_ රෝගියාගේ අංකය හෝ උපන් දිනය: \_\_\_\_\_

පර්යේෂණ අධ්‍යයනයකට සහභාගී වීම සඳහා (අධ්‍යයන කාර්ය මණ්ඩලය විසින් සම්පූර්ණ කිරීමට) පහත දැක්වෙන පරිදි මගේ ආරක්ෂිත සෞඛ්‍ය තොරතුරු භාවිතා කිරීමට හෝ අනාවරණය කිරීමට මම මෙයින් යේල් විශ්ව විද්‍යාලයට (Yale University) බලය පවරමි:

අධ්‍යයන මාතෘකාව: \_\_\_\_\_

HIC/HSC ප්‍රොටෝකෝල #: \_\_\_\_\_ අධ්‍යයන ප්‍රධාන විමර්ශකයා: \_\_\_\_\_

සිට \_\_\_\_\_ දක්වා \_\_\_\_\_ කාල සීමාව සඳහා නිකුත් කළ යුතු තොරතුරු:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> පර්යේෂණ වාර්තාව             | <input type="checkbox"/> එක්ස් කිරණ වාර්තාව     | <input type="checkbox"/> අදාළ සටහන් සහ පරීක්ෂණ ප්‍රතිඵල: |
| <input type="checkbox"/> ඉතිහාසය සහ ශාරීරික පරීක්ෂණය | <input type="checkbox"/> උපදේශන වාර්තාව / සටහන් | _____  |
| <input type="checkbox"/> ප්‍රතිශක්තිකරණ              | <input type="checkbox"/> බෙහෙත් වට්ටෝරු තොරතුරු | <input type="checkbox"/> වෙනත් / අදහස්: _____            |
| <input type="checkbox"/> විද්‍යාගාර වාර්තාව          |   | _____  |

මෙම සෞඛ්‍ය තොරතුරු වලට සංවේදී තොරතුරු ඇතුළත් විය හැකි බව මම තේරුම් ගනිමි. මෙම පෝරමයට අත්සන් කිරීමෙන් අදාළ තොරතුරු මුදා හැරීමට මම විශේෂයෙන් අවසර දී සිටිමි:

- මත්ද්‍රව්‍යවලට ඇබ්බැහි වීමේ ප්‍රතිකාර තොරතුරු
- ඒඩ්ස් ආශ්‍රිත පරීක්ෂණ ඇතුළු ඒඩ්ස් සම්බන්ධ තොරතුරු
- මානසික සෞඛ්‍ය තොරතුරු

කනෙක්ටිකට් පොදු ප්‍රඥප්ති (Connecticut General Statutes) 899 වන පරිච්ඡේදය සහ එක්සත් ජනපද සංග්‍රහයේ (United States code) 42 වන මාතෘකාව යටතේ මෙම වාර්තාවේ රහස්‍යභාවය ආරක්ෂා කිරීම අවශ්‍ය වේ. මෙම ප්‍රඥප්තිවල දක්වා ඇති පරිදි ලිඛිත කැමැත්ත ප්‍රකාශකිරීමකින් හෝ අවසරයකින් තොරව මෙම තොරතුරු කිසිවෙකුට සම්ප්‍රේෂණය නොකෙරේ.

අත්සන \_\_\_\_\_  
දිනය \_\_\_\_\_

පහත සඳහන් ඕනෑම එකක් මගින් වාර්තා භාවිතා කළ හැකි අතර අනාවරණය කළ හැකිය:

- එක්සත් ජනපද සෞඛ්‍ය හා මානව සේවා දෙපාර්තමේන්තුව (Department of Health and Human Services - DHHS) ඒජන්සි
- යේල් විශ්ව විද්‍යාලයේ (Yale University), යේල් මානව පර්යේෂණ ආරක්ෂණ වැඩසටහන (Yale Human Research Protection Program) පර්යේෂණ හා මූල්‍ය අධීක්ෂණය සඳහා වගකිව යුතු අය වෙනුවෙන් සමාලෝචනය කරන ඕනෑම බාහිර ආයතනික නියෝජිතයින්, සහ පර්යේෂණ සහ මූල්‍ය අධීක්ෂණය සඳහා වගකිව යුතු අය.
- ඉලෙක්ට්‍රොනික වෛද්‍ය වාර්තා (Electronic Medical Record - EMR) ක්‍රමයට සහභාගී වන සැපයුම්කරුවන්
- ප්‍රධාන විමර්ශකයා සහ පර්යේෂණ කණ්ඩායම
- එක්සත් ජනපද ආහාර හා ඖෂධ පරිපාලන ආයතනය (Food and Drug Administration - FDA)
- අධ්‍යයන අනුග්‍රාහකයා හෝ අධ්‍යයන ඖෂධ / උපාංග නිෂ්පාදකයා
- වෙනත් රටවල ඇති ඖෂධ නියාමන ආයතන (Drug regulatory agencies)
- මෙම අධ්‍යයනයට අදාළව ඔබට සේවා සපයන සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්.
- අධ්‍යයන සැලැස්මට අනුව මෙම අධ්‍යයනයට අදාළව ඔබේ සෞඛ්‍ය තොරතුරු විශ්ලේෂණය කරන රසායනාගාර සහ වෙනත් පුද්ගලයින් සහ සංවිධාන
- දත්ත හා ආරක්ෂා අධීක්ෂණ මණ්ඩල / කමිටු සහ අධ්‍යයනය පැවැත්වීම අධීක්ෂණය කිරීමට බලයලත් වෙනත් අය
- සඳහන් කළ පරිදි වෙනත් අය: \_\_\_\_\_

- මෙම අවසරය වසර \_\_\_\_\_ කට පසු කල් ඉකුත් වන බව හෝ කිසි විටෙකත් කල් ඉකුත් නොවන බව මම තේරුම් ගනිමි. මෙම පෝරමයේ ඡායා පිටපතක් මුල් පිටපත සේ වලංගු යැයි සලකනු ලැබේ.
- අධ්‍යයන ප්‍රධාන විමර්ශකයාට හෝ පර්යේෂණ කණ්ඩායමට දැනුම් දීමෙන් මට ඕනෑම වේලාවක මෙම අවසරය අවලංගු කළ හැකි බව මම තේරුම්ගෙන ඇති අතර, එය මත යැපීම සඳහා දැනටමත් පියවර ගෙන ඇති අවස්ථාවක හැර මෙම බලය පැවරීම දැනුම දුන් දිනයේ සිට බලාත්මක වීම අහෝසි වේ. HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255 වෙත මට අවලංගු කිරීමක් එවිය හැකිය.
- මෙම අවසරයට යටත්ව භාවිතා කරන ලද හෝ අනාවරණය කරන ලද තොරතුරු ලබන්නා විසින් නැවත අනාවරණය කිරීමට යටත් විය හැකි බවත්, ෆෙඩරල් රහස්‍යතා රෙගුලාසි (Federal privacy regulations) මගින් තවදුරටත් ආරක්ෂා නොවන බවත් මම තේරුම් ගනිමි. කෙසේ වෙතත්, වෙනත් ප්‍රාන්ත හෝ ෆෙඩරල් නීතිය මගින් ලබන්නාට මත්ද්‍රව්‍ය අනිසි භාවිතය පිළිබඳ තොරතුරු, එච්.අයි.වී / ඒඩ්ස් ආශ්‍රිත තොරතුරු සහ මනෝවිකිත්සක / මානසික සෞඛ්‍ය තොරතුරු වැනි විශේෂයෙන් ආරක්ෂිත තොරතුරු හෙළි කිරීම තහනම් කළ හැකිය.
- මම මෙම පෝරමයට අත්සන් නොකළහොත්, එය මගේ සෞඛ්‍ය සේවය සහ මගේ සෞඛ්‍ය සේවය සඳහා ගෙවීම්වලට බලපාන්නේ නැත.
- මෙම අවසරයට අත්සන් කිරීම මා ප්‍රතික්ෂේප කිරීම නිසා, ප්‍රතිකාර සඳහා තොරතුරු හෙළිදරව් කිරීම අත්‍යවශ්‍ය වන අවස්ථාවන්හිදී හැර, මානසික ආබාධ සඳහා වර්තමාන හෝ අනාගත ප්‍රතිකාර ලබා ගැනීමේ මගේ අයිතියට තර්ජනයක් නොවන බව මම තේරුම් ගනිමි.
- මෙම පෝරමය අත්සන් කිරීමෙන් පසු එහි පිටපතක් මට ලැබෙනු ඇති බව මම තේරුම් ගනිමි.

පහත අත්සන් කිරීමෙන්, මම මෙම අවසරය කියවා තේරුම් ගෙන ඇති බව පිළිගනිමි.

\_\_\_\_\_ හෝ \_\_\_\_\_  
රෝගියාගේ අත්සන දෙමාපිය / නීතිමය භාරකරු / බලයලත් පුද්ගලයා දිනය