

## Ovlaštenje za korištenje ili otkrivanje zaštićenih informacija o zdravlju u svrhe istraživanja

(za upotrebu s kratkom verzijom obrasca)

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Broj ispitanika ili datum rođenja: \_\_\_\_\_

Ovim putem dajem ovlaštenje da Yale University koristi ili otkriva moje zaštićene informacije o zdravlju na način opisan u nastavku u svrhu učestvovanja u istraživačkom ispitivanju (popunjava osoblje ispitivanja):

Naziv ispitivanja: \_\_\_\_\_

Broj HIC/HSC protokola: \_\_\_\_\_ Glavni istraživač ispitivanja: \_\_\_\_\_

Informacije koje se objavljuju za vremenski period od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evidencija ispitivanja      | <input type="checkbox"/> Izvještaj o rendgenu               | <input type="checkbox"/> Napomene i rezultati testova na koje se odnose: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anamneza i tjelesni pregled | <input type="checkbox"/> Izvještaj/bilješke o pregledu      | _____  |
| <input type="checkbox"/> Imunizacije                 | <input type="checkbox"/> Informacije o ljekarskim receptima | <input type="checkbox"/> Ostalo/komentari: _____                               |
| <input type="checkbox"/> Laboratorijski izvještaj    |   | _____  |

**Razumijem da ove informacije o zdravlju mogu obuhvatati povjerljive informacije. Potpisivanjem ovog obrasca dajem izričito odobrenje za objavljivanje informacija koje se odnose na:**

- Informacije o liječenju zbog uživanja opojnih supstanci
- Informacije koje se odnose na HIV, uključujući testiranje vezano za AIDS
- Informacije o mentalnom zdravlju

Povjerljivost ove evidencije zahtijeva se u skladu s Poveljom 899 Općih statuta Connecticuta, kao i Naslovom 42 zakona Sjedinjenih Država. Ovaj materijal se ne smije prenositi nikome bez pismene saglasnosti ili odobrenja datog u skladu s navedenim statutima.

**Potpis** \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Evidenciju mogu koristiti i ona se može otkrivati sljedećim osobama i tijelima:**

- Agencije Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi SAD-a (DHHS)
- Predstavnici Univerziteta Yale, Program Univerziteta Yale za zaštitu istraživanja na ljudima, eksterni Institucionalni odbori za reviziju koji vrše reviziju u ime Univerziteta Yale te osobe odgovorne za istraživanje i finansijski nadzor
- Pružaoci usluga koji učestvuju u sistemu Elektronskog zdravstvenog kartona (EMR)
- Glavni istraživač i istraživački tim
- Agencija za hranu i lijekove SAD-a (FDA)
- Sponzor ispitivanja ili proizvođač ispitivanog lijeka/uređaja
- Regulatorne agencije za lijekove u drugim zemljama
- Pružaoci zdravstvenih usluga koji vam pružaju usluge u vezi s ovim ispitivanjem.
- Laboratorije i druge osobe i organizacije koje analiziraju informacije o vašem zdravstvenom stanju u vezi s ovim ispitivanjem, u skladu s planom ispitivanja.
- Odbori/komiteti za nadzor podataka i sigurnosti te druga tijela ovlaštena za nadzor provedbe ispitivanja
- Druge osobe/tijela: \_\_\_\_\_

1. Razumijem da će ovo odobrenje isteći nakon \_\_\_\_\_ god./nikad. Smatrat će se da je fotokopija ovog obrasca podjednako valjana kao i original.
2. Razumijem da u svakom trenutku mogu opozvati ovo odobrenje tako što ću o tome obavijestiti glavnog istraživača ispitivanja ili istraživački tim, a ovo odobrenje više neće važiti od datuma obavještanja izuzev u slučaju postojećih aktivnosti koje su već poduzete oslanjajući se na njega. Obavještenje o opozivu odobrenja mogu poslati i na adresu: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208252, New Haven, CT 06520-8252
3. Razumijem da informacije koje se iskoriste ili otkriju u skladu s ovim odobrenjem mogu podlijegati ponovnom otkrivanju od strane primaoca te da možda više neće biti zaštićene federalnim propisima o privatnosti. Međutim, drugim zakonom na nivou savezne države ili federalnim zakonom može se zabranjivati da primalac otkriva posebno zaštićene informacije, kao što su informacije o liječenju zbog uživanja opojnih supstanci, informacije koje se odnose na HIV/AIDS te informacije o psihijatrijskom/mentalnom zdravlju.
4. Ukoliko ne potpišem ovaj obrazac, to neće imati uticaja na moju zdravstvenu njegu ili plaćanje za moju zdravstvenu njegu.
5. Razumijem da moje odbijanje da potpišem ovo Odobrenje neće ugroziti moje pravo da iskoristim trenutno ili buduće liječenje za psihijatrijska onesposobljenja izuzev u slučaju kad je otkrivanje informacija neophodno za liječenje.
6. Razumijem da ću dobiti kopiju ovog obrasca nakon što ga potpišem.

**Potpisivanjem dokumenta potvrđujem da sam pročitao/la ovo Odobrenje i da ga razumijem.**

\_\_\_\_\_  
**Potpis pacijenta**

ILI

\_\_\_\_\_  
**Roditelj/Zakonski staratelj/Ovlaštena osoba**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Srodstvo s pacijentom