

N° du CEE

**University of California, San Francisco (UCSF Health)
Autorisation d'utiliser des renseignements médicaux personnels pour la recherche**

Titre de l'étude (ou numéro d'approbation du CEE si le titre de l'étude peut porter atteinte à la confidentialité du participant) :

Nom du chercheur principal :

Promoteur/organisme de financement (si financé) :

A. Quel est l'objectif de ce formulaire?

Les lois d'État et fédérales sur la protection de la vie privée protègent l'utilisation et la divulgation de vos renseignements médicaux. En vertu de ces lois, l'University of California ou votre fournisseur de soins de santé ne peut pas divulguer vos renseignements médicaux à des fins de recherche, à moins que vous ne donniez votre autorisation. Vos renseignements seront transmis à l'équipe de recherche, dont font partie les chercheurs, les personnes embauchées par l'Université ou le promoteur pour mener la recherche à bien et les personnes ayant l'autorité de superviser la recherche. Si vous décidez de donner votre autorisation et de participer à l'étude, vous devez signer ce formulaire ainsi que le formulaire de consentement. Ce formulaire décrit les différentes façons dont **UCSF Health** peut partager vos renseignements avec le chercheur, l'équipe de recherche, le promoteur et les personnes responsables de la supervision. L'équipe de recherche utilisera et protégera vos renseignements, comme décrit dans le formulaire de consentement ci-joint. Cependant, une fois que vos renseignements médicaux sont divulgués par **UCSF Health**, ils pourraient ne pas être protégés par les lois sur la protection de la vie privée et pourraient être partagés avec des personnes tiers. Si vous avez des questions, communiquez avec un membre de l'équipe de recherche.

B. Quels renseignements médicaux personnels seront divulgués?

Si vous donnez votre autorisation et signez ce formulaire, vous autorisez **UCSF Health** à divulguer les dossiers médicaux suivants, qui contiennent vos renseignements médicaux personnels. Vos renseignements médicaux personnels comprennent les renseignements médicaux contenus dans vos dossiers médicaux, vos dossiers financiers et d'autres renseignements permettant de vous identifier.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dossier médical complet | <input type="checkbox"/> Rapports de laboratoire et de pathologie | <input type="checkbox"/> Dossiers du service des urgences |
| <input type="checkbox"/> Centre de soins ambulatoires | <input type="checkbox"/> Dossiers dentaires | <input type="checkbox"/> Dossiers financiers |
| <input type="checkbox"/> Notes de progrès | <input type="checkbox"/> Rapports de chirurgie | <input type="checkbox"/> Rapports d'imagerie médicale |
| <input type="checkbox"/> Autres rapports de tests | <input type="checkbox"/> Résumé du congé de l'hôpital | <input type="checkbox"/> Antécédents et examens physiques |
| <input type="checkbox"/> Autre (décrire) :
_____ | <input type="checkbox"/> Consultation | <input type="checkbox"/> Tests psychologiques |

C. Dois-je donner mon autorisation pour certaines utilisations spécifiques?

Oui.

L'équipe de recherche recueillera également des renseignements dans votre dossier médical dont la case est cochée ci-après. Les renseignements suivants ne seront divulgués que si vous donnez votre autorisation spécifique en apposant vos initiales sur la ou les ligne(s) correspondante(s).

- J'accepte la divulgation de renseignements concernant un abus de drogues et d'alcool, son diagnostic ou son traitement. _____ (initiales)
- J'accepte la divulgation des renseignements de tests de dépistage du VIH/SIDA. _____ (initiales)
- J'accepte la divulgation des renseignements de tests génétiques. _____ (initiales)
- J'accepte la divulgation de renseignements concernant un diagnostic ou un traitement en lien avec la santé mentale. _____ (initiales)

D. Qui divulguera et/ou recevra mes renseignements médicaux personnels?

Vos renseignements médicaux personnels pourraient être partagés avec ces personnes aux fins suivantes :

1. À l'équipe de recherche pour la recherche décrite dans le formulaire de consentement ci-joint;
2. À d'autres personnes de l'UC ayant l'autorité de superviser la recherche
3. Aux autres personnes qui sont tenues par la loi d'examiner la qualité et la sécurité de la recherche, y compris : les organismes gouvernementaux des États-Unis, comme la Food and Drug Administration ou le département de l'Human Research Protections, le promoteur de la recherche ou les représentants du promoteur, y compris, mais sans s'y limiter, l'organisme de recherche sous contrat (ORC) ou les organismes gouvernementaux d'autres pays.

E. Comment mes renseignements médicaux personnels seront-ils partagés pour la recherche?

Si vous acceptez de participer à cette étude, l'équipe de recherche pourrait partager vos renseignements médicaux personnels de la manière suivante :

1. Pour mener la recherche;
2. Les partager avec des chercheurs aux États-Unis ou dans d'autres pays;
3. Les utiliser pour améliorer la conception d'études futures;
4. Les partager avec les partenaires commerciaux du promoteur; ou
5. Déposer des demandes auprès d'organismes gouvernementaux des États-Unis ou d'autres pays pour obtenir l'approbation de nouveaux médicaments ou produits de soins de santé.

F. Suis-je tenu de signer ce document?

Non, vous n'êtes pas tenu de signer ce document. Vous recevrez les mêmes soins médicaux si vous ne signez pas ce document. Toutefois, si vous ne signez pas ce document, vous ne pourrez pas participer à cette étude de recherche.

G. Activité de recherche facultative

- Il n'y a aucune activité de recherche facultative.
- La recherche à laquelle j'accepte de participer comporte d'autres activités de recherche facultatives comme la création d'une base de données, d'un dépôt de tissus ou d'autres activités, comme cela m'a été expliqué dans le processus de consentement éclairé. Je comprends que je peux choisir d'accepter que mes renseignements soient partagés pour ces activités ou non.

J'accepte que mes renseignements soient divulgués pour les activités de recherche facultatives supplémentaires expliquées dans le processus de consentement éclairé. _____(initiales)

H. Mon autorisation expire-t-elle?

Votre autorisation de divulguer vos renseignements médicaux personnels expire lorsque la recherche prend fin et que toute la surveillance requise dans le cadre de l'étude est terminée.

I. Puis-je retirer mon autorisation?

Vous pouvez retirer votre autorisation à tout moment. Vous pouvez le faire de deux façons. Vous pouvez écrire au chercheur ou demander à un membre de l'équipe de recherche de vous remettre un formulaire à remplir pour retirer votre autorisation. Si vous retirez votre autorisation, vous ne pourrez plus participer à l'étude de recherche. Vous pouvez demander à un membre de l'équipe de recherche si ce retrait aura une influence sur votre traitement médical. Si vous retirez votre autorisation, les renseignements déjà recueillis et divulgués à votre sujet pourraient continuer à être utilisés à des fins limitées. De plus, si la loi l'exige, le promoteur et les organismes gouvernementaux pourraient continuer à consulter vos dossiers médicaux pour examiner la qualité ou la sécurité de l'étude.

J. Signature

Participant

Si vous acceptez l'utilisation et la divulgation de vos renseignements médicaux personnels, veuillez inscrire votre nom en caractères d'imprimerie et signer ci-dessous. Une copie signée de ce formulaire vous sera remise.

Nom du participant (en caractères d'imprimerie)--
obligatoire

Signature du participant

Date

Parent ou représentant légalement autorisé

Si vous acceptez l'utilisation et la divulgation des renseignements médicaux personnels du participant susmentionné, veuillez inscrire votre nom en caractères d'imprimerie et signer ci-dessous.

Nom du parent ou du représentant légalement autorisé (en
caractères d'imprimerie)

Relation avec le
participant

Signature du parent ou du représentant légalement autorisé

Date

Témoin

Si ce formulaire est lu au participant parce qu'il ou elle ne peut pas lire le formulaire, un témoin doit être présent et doit inscrire son nom en caractères d'imprimerie et signer ici :

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

Date