

આઈઆરબી#

University of California, San Francisco (UCSF Health)

સંશોધન માટે વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્ય માહિતીનો ઉપયોગ કરવાની પરવાનગી

અભ્યાસ શીર્ષક (અથવા આઈઆરબી મંજૂરી નંબર જો અભ્યાસ શીર્ષક સહભાગીની ગોપનીયતાને ભંગ કરી શકે છે તો):

મુખ્ય તપાસકર્તાનું નામ:

પ્રાયોજક/ભંડોળ એજન્સી (જો ભંડોળ પૂરું પાડવામાં આવ્યું હોય તો):

A. આ ફોર્મનો હેતુ શું છે?

રાજ્ય અને ફેડરલ ગોપનીયતા કાયદાઓ તમારી સ્વાસ્થ્ય માહિતીના ઉપયોગ અને પ્રકાશનને સુરક્ષિત કરે છે. આ કાયદાઓ હેઠળ, University of California અથવા તમારા સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતા સંશોધન હેતુ માટે તમારી સ્વાસ્થ્ય માહિતીનું પ્રકાશન કરી શકતા નથી, સિવાય કે તમે તમારી મંજૂરી આપો. તમારી માહિતી સંશોધન ટીમને પ્રકાશિત કરવામાં આવશે જેમાં સંશોધકો, સંશોધન કરવા માટે યુનિવર્સિટી અથવા પ્રાયોજક દ્વારા નિયુક્ત કરાયેલા લોકો અને સંશોધન પર દેખરેખ રાખવા માટે અધિકૃતતા ધરાવતા લોકો શામેલ છે. જો તમે તમારી પરવાનગી આપવાનું અને અભ્યાસમાં ભાગ લેવાનું નક્કી કરો, તો તમારે આ ફોર્મની સાથે સાથે સંમતિ ફોર્મ પર પણ હસ્તાક્ષર કરવા અનિવાર્ય છે. આ ફોર્મ **UCSF Health** કેવી જુદી જુદી રીતે તમારી માહિતી સંશોધનકર્તા, સંશોધન ટીમ, પ્રાયોજક અને નિરીક્ષણ કરવા માટેની જવાબદારીવાળા લોકો સાથે શેર કરી શકે તે વર્ણવે છે. સંશોધન ટીમ જોડાયેલ સંમતિ ફોર્મમાં વર્ણવ્યા અનુસાર તમારી માહિતીનો ઉપયોગ અને સુરક્ષા કરશે. જો કે, એકવાર તમારી સ્વાસ્થ્ય માહિતી **UCSF Health** દ્વારા પ્રકાશિત કરવામાં આવે, ત્યાર બાદ તે ગોપનીયતા કાયદાઓ દ્વારા સુરક્ષિત નહીં થઈ શકે અને તે અન્ય લોકો સાથે શેર કરવામાં આવી શકે છે. જો તમને પ્રશ્નો હોય, તો સંશોધન ટીમના સભ્યને પૂછો.

B. વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્યની કઈ માહિતી પ્રકાશિત કરવામાં આવશે?

જો તમે તમારી પરવાનગી આપો અને આ ફોર્મ પર હસ્તાક્ષર કરો, તો તમે UCSF Health ને તમારી વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્ય માહિતી ધરાવતા નીચેના તબીબી રેકોર્ડ્સને પ્રકાશિત કરવાની મંજૂરી આપી રહ્યાં છો. તમારી વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્ય માહિતીમાં તમારા તબીબી રેકોર્ડ્સમાંની સ્વાસ્થ્ય માહિતી, નાણાકીય રેકોર્ડ્સ અને અન્ય માહિતી સમાવિષ્ટ હોય છે જે તમને ઓળખી શકે છે.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> સંપૂર્ણ તબીબી રેકોર્ડ | <input type="checkbox"/> પ્રયોગશાળા (લેબ) અને રોગવિજ્ઞાન પેથોલોજી રિપોર્ટ્સ | <input type="checkbox"/> કટોકટી (ઇમરજન્સી) ડિપાર્ટમેન્ટ રેકોર્ડ્સ |
| <input type="checkbox"/> યલ (એમ્બ્યુલેટરી) ક્લિનિક | <input type="checkbox"/> દાંત સંબંધિત (ડેન્ટલ) રેકોર્ડ્સ | <input type="checkbox"/> નાણાકીય રેકોર્ડ્સ |
| <input type="checkbox"/> પ્રગતિ નોંધો | <input type="checkbox"/> શસ્ત્રક્રિયા સંબંધિત (ઓપરેટિવ) રિપોર્ટ્સ | <input type="checkbox"/> ઇમેજિંગ રિપોર્ટ્સ |
| <input type="checkbox"/> અન્ય પરીક્ષણ રિપોર્ટ્સ | <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલમાંથી રજા લેવી (ડિસ્ચાર્જ) સારાંશ | <input type="checkbox"/> ઇતિહાસ અને શારીરિક તપાસો |
| <input type="checkbox"/> અન્ય (વર્ણવો): _____ | <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલમાંથી રજા લેવી (ડિસ્ચાર્જ) સારાંશ | <input type="checkbox"/> માનસિક પરીક્ષણો |
| | <input type="checkbox"/> પરામર્શ | |

C. શું મારે અમુક વિશિષ્ટ ઉપયોગો માટે મારી પરવાનગી આપવી પડશે?

હા.
 સંશોધન ટીમ પણ તમારા તબીબી રેકોર્ડમાંથી માહિતી એકત્રિત કરશે કે જે ચેક બોક્સ દ્વારા ચિહ્નિત થયેલ છે. નીચે આપેલ માહિતી ફક્ત ત્યારે જ પ્રકાશિત થશે જો તમે રેખા(ઓ) પર તમારા આધાક્ષર મૂકીને તમારી વિશિષ્ટ પરવાનગી આપો.

- હું કેફી પ્રદાર્થ અને દારૂના દુરુપયોગ, નિદાન અથવા સારવાર સાથે સંબંધિત માહિતીના પ્રકાશન માટે સંમત છું. _____ (આધાક્ષર)
- હું એચઆઈવી/એઈડ્સ પરીક્ષણ માહિતી પ્રકાશિત કરવા માટે સંમત છું. _____ (આધાક્ષર)
- હું આનુવંશિક પરીક્ષણ માહિતી પ્રકાશિત કરવા માટે સંમત છું. _____ (આધાક્ષર)
- હું માનસિક સ્વાસ્થ્ય નિદાન અથવા સારવાર સાથે સંબંધિત માહિતીના પ્રકાશન માટે સંમત છું. _____ (આધાક્ષર)

D. મારી વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્ય માહિતી કોણ જાહેર કરશે અને/અથવા પ્રાપ્ત કરશે?

તમારી વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્ય માહિતી નીચેના હેતુઓ માટે આ લોકો સાથે શેર કરી શકાય છે:

1. જોડાયેલ સંમતિ ફોર્મમાં વર્ણવેલ સંશોધન માટે સંશોધન ટીમને;
2. સંશોધનનું નિરીક્ષણ કરવાની અધિકૃતતા ધરાવતા UC ખાતેના અન્ય લોકોને
3. સંશોધનની ગુણવત્તા અને સલામતીની સમીક્ષા માટે કાયદા દ્વારા આવશ્યક એવા અન્ય લોકોને, નિમ્નલિખિત સહિત: યુ.એસ. (U.S.) સરકારી એજન્સીઓ, જેમ કે ફૂડ એન્ડ ડ્રગ એડમિનિસ્ટ્રેશન અથવા માનવ સંશોધન સંરક્ષણની ઓફિસ, સંશોધન પ્રાયોજક અથવા પ્રાયોજકના પ્રતિનિધિઓ સહિત પરંતુ કરાર સંશોધન સંસ્થા (સીઆરઓ) અથવા અન્ય દેશોની સરકારી એજન્સીઓ પૂરતું મર્યાદિત નથી.

E. સંશોધન માટે મારી વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્ય માહિતી કેવી રીતે શેર કરવામાં આવશે?

જો તમે આ અભ્યાસમાં રહેવા માટે સંમત થાઓ છો, તો સંશોધન ટીમ નિમ્નલિખિત પ્રકારે તમારી વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્ય માહિતી શેર કરી શકે છે:

1. સંશોધન કરવા માટે
2. તેને U.S. અથવા અન્ય દેશોના સંશોધકો સાથે શેર કરવા માટે;
3. ભવિષ્યના અભ્યાસની રચના સુધારવા તેનો ઉપયોગ કરવા માટે;
4. તેને પ્રાયોજકના વ્યવસાયિક ભાગીદારો સાથે શેર કરવા માટે; અથવા
5. નવી દવાઓ અથવા સ્વાસ્થ્ય સંભાળ ઉત્પાદનો માટે મંજૂરી મેળવવા U.S. અથવા વિદેશી સરકારી એજન્સીઓ સાથે અરજીઓ ફાઇલ કરવા માટે.

F. શું મારે આ દસ્તાવેજ પર હસ્તાક્ષર કરવાની જરૂર છે?

ના, તમારે આ દસ્તાવેજ પર હસ્તાક્ષર કરવાની જરૂર નથી. જો તમે આ દસ્તાવેજ પર હસ્તાક્ષર ન કરો તો તમને સમાન નૈદાનિક સંભાળ પ્રાપ્ત થશે. જો કે, જો તમે દસ્તાવેજ પર હસ્તાક્ષર ન કરો, તો તમે આ સંશોધન અભ્યાસમાં ભાગ લઈ શકશો નહીં.

G. વૈકલ્પિક સંશોધન પ્રવૃત્તિ

આમાં કોઈ વૈકલ્પિક સંશોધન પ્રવૃત્તિઓ નથી.

જે સંશોધનમાં હું ભાગ લેવા માટે સંમત થઈ રહ્યો/રહી છું તે વધારાની વૈકલ્પિક સંશોધન પ્રવૃત્તિ, જેમ કે ડેટાબેઝ બનાવવો, એક પેશી રીપોઝીટરી અથવા અન્ય પ્રવૃત્તિઓ, જેમ મને સૂચિત સંમતિ પ્રક્રિયામાં સમજાવવામાં આવ્યું હતું, ધરાવે છે, હું સમજું છું કે આ પ્રવૃત્તિઓ માટે મારી માહિતી શેર કરવા માટે સંમત થવું કે નહીં તે હું પસંદ કરી શકું છું.

હું સૂચિત સંમતિ પ્રક્રિયામાં સમજાવેલ વધારાની વૈકલ્પિક સંશોધન પ્રવૃત્તિઓ માટે મારી માહિતી જાહેર કરવાની મંજૂરી આપવા માટે સંમત છું. _____ (આધાક્ષર)

H. શું મારી પરવાનગી સમાપ્ત થાય છે?

જ્યારે સંશોધન સમાપ્ત થાય અને તમામ આવશ્યક અભ્યાસ નિરીક્ષણ સમાપ્ત થાય ત્યારે તમારી વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્ય માહિતીને પ્રકાશિત કરવાની આ પરવાનગીનો અંત આવે છે.

I. શું હું મારી પરવાનગી રદ કરી શકું?

તમે કોઈપણ સમયે તમારી પરવાનગી રદ કરી શકો છો. તમે આ બે રીતે કરી શકો છો. તમે સંશોધનકર્તાને લખી શકો છો અથવા તમે તમારી પરવાનગી રદ કરવા માટે ફોર્મ ભરવા આપવા માટે સંશોધન ટીમના કોઈને કહી શકો છો. જો તમે તમારી પરવાનગી રદ કરો, તો તમે હવે સંશોધન અભ્યાસમાં નહીં રહી શકો. તમે સંશોધન ટીમના કોઈને પૂછવા માંગી શકો છો કે રદ કરવાથી શું તમારી તબીબી સારવાર પર અસર થશે. જો તમે રદ કરો, તો તમારા વિશે પહેલેથી જ એકત્રિત કરવામાં આવેલી અને જાહેર કરવામાં આવેલી માહિતીનો ઉપયોગ મર્યાદિત હેતુઓ માટે ચાલુ રહી શકે છે. ઉપરાંત, જો કાયદા દ્વારા તેની આવશ્યકતા હોય, તો પ્રાયોજક અને સરકારી એજન્સીઓ અભ્યાસની ગુણવત્તા અથવા સલામતીની સમીક્ષા કરવા માટે તમારા તબીબી રેકોર્ડ્સને તપાસવાનું ચાલુ રાખી શકે છે.

J. હસ્તાક્ષર

સહભાગી

જો તમે તમારી વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્ય માહિતીના ઉપયોગ અને પ્રકાશન માટે સંમત હોવ, તો કૃપા કરીને તમારું નામ મુદ્રિત કરો અને નીચે હસ્તાક્ષર કરો. તમને આ ફોર્મની હસ્તાક્ષર કરેલ નકલ આપવામાં આવશે.

સહભાગીનું નામ (મુદ્રિત કરો) -- *આવશ્યક છે*

સહભાગીના હસ્તાક્ષર

તારીખ

માતાપિતા અથવા કાયદા દ્વારા અધિકૃત પ્રતિનિધિ

જો તમે ઉપરોક્ત નામ આપેલ સહભાગીની વ્યક્તિગત સ્વાસ્થ્ય માહિતીના ઉપયોગ અને પ્રકાશન માટે સંમત હોવ, તો કૃપા કરીને તમારું નામ મુદ્રિત કરો અને નીચે હસ્તાક્ષર કરો.

માતાપિતા અથવા કાયદા દ્વારા અધિકૃત પ્રતિનિધિનું નામ (મુદ્રિત કરો) સહભાગી સાથે સંબંધ

માતાપિતા અથવા કાયદા દ્વારા અધિકૃત પ્રતિનિધિના હસ્તાક્ષર તારીખ

સાક્ષી

જો આ ફોર્મ સહભાગીને વાંચી સંભળાવવામાં આવી રહ્યું હોય કારણ કે તેઓ/તેણી ફોર્મ વાંચી શકતા/શકતી નથી, તો સાક્ષી હાજર હોવા અનિવાર્ય છે અને તેમણે/તેણીએ તેમનું/તેણીનું નામ મુદ્રિત કરવા અને અહીં હસ્તાક્ષર કરવા અનિવાર્ય રહેશે:

સાક્ષીનું નામ (મુદ્રિત કરો)

સાક્ષીના હસ્તાક્ષર

તારીખ