

संस्थागत समीक्षा बोर्ड#

University of California, San Francisco (UCSF Health) अनुसंधान के लिए निजी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग करने की अनुमति

अध्ययन शीर्षक (संस्थागत समीक्षा बोर्ड अनुमोदन संख्या, यदि अध्ययन शीर्षक से सहभागी की निजता भंग हो सकती हो):

मुख्य अन्वेषक का नाम:

प्रायोजक/फंडिंग एजेंसी (यदि निधि दी गई हो तो):

A. इस फॉर्म का उद्देश्य क्या है?

राज्य तथा संघीय निजता कानून आपकी स्वास्थ्य जानकारी के उपयोग और जारी करने की रक्षा करते हैं। इन कानूनों के तहत, University of California या आपका स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता जब तक आप अनुमति नहीं देते/ती, आपकी स्वास्थ्य जानकारी को अनुसंधान उद्देश्यों के लिए जारी नहीं कर सकता। आपकी जानकारी को अनुसंधान टीम को जारी किया जाएगा, जिसमें शामिल हैं, अनुसंधानकर्ता, विश्वविद्यालय या प्रायोजक द्वारा अनुसंधान करने के लिए काम पर लिए गए लोग और इस अनुसंधान का अवलोकन का अधिकार रखने वाले लोग। यदि आप अपनी अनुमति देने और इस अध्ययन में भाग लेने का निर्णय करते/ती हैं, तो आपको इस फॉर्म पर और साथ ही सहमति फॉर्म पर भी हस्ताक्षर करने होंगे। इस फॉर्म में उन विभिन्न तरीकों का वर्णन किया गया है, जिनसे **UCSF Health** आपकी जानकारी को अनुसंधानकर्ताओं, अनुसंधान टीम, प्रायोजक और निगरानी की ज़िम्मेदारी वाले लोगों के साथ साझा कर सकता है। अनुसंधान टीम आपकी जानकारी का उपयोग और सुरक्षा संलग्न सहमति फॉर्म में बताये गए अनुसार करेगी। फिर भी, जैसे ही आपकी स्वास्थ्य जानकारी **UCSF Health** द्वारा जारी की जाती है, इसकी सुरक्षा निजता कानूनों द्वारा नहीं की जा सकती और इसे दूसरों के साथ साझा किया जा सकता है। यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो अध्ययन टीम के किसी सदस्य से पूछें।

B. कौन सी निजी जानकारी जारी की जाएगी?

यदि आप अपनी अनुमति देते/ती हैं और इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करते/ती हैं, तो आप **UCSF Health** को आपकी निजी स्वास्थ्य जानकारी निहित आपके निम्न स्वास्थ्य रिकॉर्ड जारी करने की अनुमति दे रहे/ही हैं। आपकी निजी जानकारी में शामिल है, आपके चिकित्सकीय रिकॉर्डों में स्वास्थ्य जानकारी, वित्तीय रिकॉर्ड और अन्य जानकारी, जिससे आपकी पहचान हो सकती हो।

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> पूरा चिकित्सा अभिलेख | <input type="checkbox"/> लैब व पैथोलॉजी रिपोर्टें | <input type="checkbox"/> आपात विभाग रिकार्ड्स |
| <input type="checkbox"/> एम्बुलेटरी क्लिनिक | <input type="checkbox"/> डेंटल रिकार्ड्स | <input type="checkbox"/> वित्तीय रिकार्ड्स |
| <input type="checkbox"/> प्रगति नोट | <input type="checkbox"/> ऑपरेटिव रिपोर्टें | <input type="checkbox"/> इमेजिंग रिपोर्टें |
| <input type="checkbox"/> अन्य परीक्षण रिपोर्टें | <input type="checkbox"/> डिस्चार्ज सारांश | <input type="checkbox"/> इतिहास व शारीरिक परीक्षण |
| <input type="checkbox"/> अन्य (विवरण दें): | <input type="checkbox"/> परामर्श | <input type="checkbox"/> मानसिक परीक्षण |

C. क्या मुझे किन्हीं विशिष्ट उपयोगों के लिए मुझे अपनी अनुमति देनी होगी?

हाँ।
 अनुसंधान टीम आपके उन रिकॉर्डों से जानकारी संग्रहित करेगी, जो चेक बॉक्स द्वारा अंकित हैं। निम्न जानकारी को सिर्फ तभी जारी किया जाएगा, जब आप रेखा(ओं) पर आद्यक्षर करके अपनी विशिष्ट अनुमति देते/ती हैं।

- मैं ड्रग और शराब का दुरुपयोग, निदान या उपचार से सम्बंधित जानकारी को जारी करने को सहमत हूँ _____ (आद्यक्षर)
- मैं एचआईवी/एड्स परीक्षण जानकारी की जारी के लिए सहमत हूँ। _____ (आद्यक्षर)
- मैं अनुवांशिक परीक्षण जानकारी की जारी के लिए सहमत हूँ। _____ (आद्यक्षर)
- मैं ड्रग और मानसिक स्वास्थ्य निदान या उपचार से सम्बंधित जानकारी को जारी करने को सहमत हूँ _____ (आद्यक्षर)

D. मेरी निजी स्वास्थ्य जानकारी का खुलासा और/या प्राप्ति कौन करेगा?

आपकी निजी स्वास्थ्य जानकारी को निम्न उद्देश्यों के लिए इन लोगों के साथ साझा किया जा सकता है।

1. अनुसंधान टीम को संलग्न सहमति फॉर्म में निर्धारित अनुसंधान के लिए;
2. अनुसंधान की निगरानी का अधिकार प्राप्त UC में अन्यो को
3. अन्य ऐसे लोगों को, जिनके लिए कानून के अनुसार अनुसंधान की गुणवत्ता तथा सुरक्षा की समीक्षा करना आवश्यक है, जिनमें निम्न शामिल हैं: अमेरिकी सरकारी एजेंसियाँ, जैसे कि खाद्य तथा औषधि प्रशासन या मानव अनुसंधान सुरक्षा का कार्यालय, अनुसंधान प्रायोजक या प्रायोजक के प्रतिनिधि समेत, लेकिन अनुबंध अनुसंधान संगठन (सीआरओ), या दूसरे देशों में सरकारी एजेंसियों तक ही सीमित नहीं है।

E. अनुसंधान के लिए मेरी निजी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग कैसे किया जाएगा?

यदि आप इस अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमत होते/ती हैं, तो अध्ययन टीम आपकी निजी स्वास्थ्य जानकारी को निम्न तरीकों से साझा कर सकती है:

1. अनुसंधान करने के लिए
2. इसे यू.एस. या अन्य देशों में अनुसंधानकर्ताओं के साथ साझा करना;
3. इसका उपयोग भविष्य के अध्ययन के डिज़ाइन को बेहतर करने के लिए करना;
4. इसे प्रायोजक के व्यापार भागीदारों के साथ साझा करना; या
5. नई औषधियों या स्वास्थ्य देखभाल उत्पादों के लिए अनुमोदन प्राप्त करने के लिए यू.एस. या विदेशी सरकारी एजेंसियों को आवेदन प्रस्तुत करना।

F. क्या मुझे इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करना होगा?

नहीं, आपको इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करने की आवश्यकता नहीं है। यदि आप इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर नहीं करते/ती हैं, तब भी आप वही चिकित्सकीय देखभाल प्राप्त करेंगे। फिर भी, यदि आप इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर नहीं करते/ती हैं, तो आप इस अनुसंधान अध्ययन में भाग नहीं ले पाएंगे/गी।

G. वैकल्पिक अनुसंधान गतिविधि

कोई वैकल्पिक अनुसंधान गतिविधियाँ नहीं हैं।

मैं जिस अनुसंधान में भाग लेने के लिए सहमत हो रहा/ही हूँ, इसमें डेटाबेस तैयार करना, ऊतक रिपॉजिटरी या अन्य गतिविधियाँ जैसी अतिरिक्त वैकल्पिक अनुसंधान गतिविधि है, जैसे कि मुझे सूचित सम्मति प्रक्रिया में समझाया गया है, मैं समझ लिया है कि मैं उन गतिविधियों के लिए मेरी जानकारी का साझा किए जाने के लिए सहमत हो या न हो सकता/ती हूँ।

मैं अपनी जानकारी का खुलासा सूचित सम्मति प्रक्रिया में बताई गई अतिरिक्त वैकल्पिक अनुसंधान गतिविधियों के लिए करने को सहमत हूँ। _____ (आद्यक्षर)

H. क्या मेरी अनुमति की कोई समाप्ति है?

आपकी निजी स्वास्थ्य जानकारी को जारी करने की यह अनुमति तब समाप्त हो जाती है, जब अनुसंधान समाप्त हो जाता है और सभी आवश्यक अध्ययन मॉनीटरिंग समाप्त हो जाती है।

I. क्या मैं अपनी अनुमति को रद्द कर सकता/ती हूँ?

किसी भी समय आप अपनी अनुमति को रद्द कर सकते/ती हैं। दो तरह से आप ऐसा कर सकते/ती हैं। अपनी अनुमति को रद्द करने के लिए भरा जाना वाला फॉर्म आपको देने के लिए, आप अनुसंधानकर्ता को लिख सकते/ती हैं या आप अनुसंधान टीम में से किसी से भी पूछ सकते/ती हैं। यदि आप अपनी अनुमति रद्द करते/ती हैं, आप इस अनुसंधान अध्ययन में बने/नी नहीं रह सकते/ती। आप अनुसंधान टीम में किसी से पूछना पूछना चाहेंगे/गी कि क्या रद्द करने से आपका चिकित्सकीय उपचार प्रभावित होगा। यदि आप रद्द करते/ती हैं, तो आपके बारे में पहले से ही संग्रहित या खुलासा की गई आपके बारे में जानकारी का उपयोग सीमित उद्देश्यों के लिए किया जाता रहेगा। साथ ही, यदि कानून के अनुसार आवश्यक हो, इस अध्ययन की गुणवत्ता या सुरक्षा की समीक्षा करने के लिए प्रायोजक और सरकारी एजेंसियां आपके मेडिकल रिकार्ड्स देखना जारी रख सकती हैं।

J. हस्ताक्षर

सहभागी

यदि आप अपनी निजी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग किये जाने और जारी किये जाने को सहमत होते/ती हैं, तो अपना नाम प्रिंट करें और नीचे हस्ताक्षर करें। आपको इस फॉर्म की एक हस्ताक्षरित प्रति दी जाएगी।

सहभागी का नाम (प्रिंट करें)--*आवश्यक*

प्रताभागी के हस्ताक्षर

तिथि

अभिभावक या कानूनी रूप से अधिकृत प्रतिनिधि

यदि आप ऊपर नामित सहभागी की निजी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग किये जाने और उसे जारी किये जाने को सहमत होते/ती हैं, तो कृपया अपना नाम प्रिंट करें और नीचे हस्ताक्षर करें।

अभिभावक या कानूनी रूप से अधिकृत प्रतिनिधि का नाम (प्रिंट सहभागी से सम्बंध करें)

अभिभावक या कानूनी रूप से अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

तिथि

गवाह

यदि इस फॉर्म को सहभागी को पढ़कर सुनाया जा रहा है, क्योंकि वह इस फॉर्म को पढ़ नहीं सकता/ती, एक गवाह को उपस्थित रहना होगा और उसे यहाँ अपना नाम यहाँ प्रिंट करके हस्ताक्षर करने होंगे:

गवाह का नाम (प्रिंट करें)

गवाह के हस्ताक्षर

तिथि