

IRB#

University of California, San Francisco (UCSF Health)

ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ

ចំណងជើងសិក្សា (ឬលេខយល់ព្រម IRB ប្រសិនបើចំណងជើងសិក្សាអាចរំលោភលើ
ឯកជនភាពរបស់អ្នកចូលរួម)៖

ឈ្មោះអ្នកស៊ើបអង្កេតគោល៖

អ្នកឧបត្ថម្ភ/ទីភ្នាក់ងារផ្តល់មូលនិធិ
(ប្រសិនបើមានមូលនិធិ)៖

A. តើអ្វីទៅជាគោលបំណងនៃទម្រង់បែបបទនេះ?

ច្បាប់ឯកជនភាពរដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ការពារការប្រើប្រាស់
និងផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក។ តាមច្បាប់ទាំងនេះ University of California
ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមិនអាចបញ្ចេញ
ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងស្រាវជ្រាវបានទេ
លើកលែងតែអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាត។
ព័ត៌មានរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយដល់ក្រុមស្រាវជ្រាវដែលរួមមានអ្នកស្រាវជ្រាវ មនុស្ស
ដែលជួលដោយសាកលវិទ្យាល័យ ឬអ្នកឧបត្ថម្ភដើម្បីធ្វើការស្រាវជ្រាវ និងមនុស្សដែលមានសិទ្ធិ
ត្រួតពិនិត្យការស្រាវជ្រាវ។ ប្រសិនបើ អ្នកសម្រេចចិត្តផ្តល់ការអនុញ្ញាត
និងចូលរួមក្នុងការសិក្សា នោះអ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា
លើទម្រង់បែបបទនេះក៏ដូចជាទម្រង់បែបបទយល់ព្រមផងដែរ។ ទម្រង់បែបបទនេះពិពណ៌នា
អំពីវិធីផ្សេងៗគ្នាដែល **UCSF Health** អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយអ្នកស្រាវជ្រាវ
ក្រុមស្រាវជ្រាវ អ្នកឧបត្ថម្ភ និងអ្នកដែលមានទំនួលខុសត្រូវត្រួតពិនិត្យ។
ក្រុមស្រាវជ្រាវនឹងប្រើប្រាស់ និង
ការពារព័ត៌មានរបស់អ្នកដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងទម្រង់បែបបទយល់ព្រម។ យ៉ាងណាក្តី
នៅពេលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានចេញផ្សាយដោយ **UCSF Health** នោះវាអាចនឹង
មិនត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ឯកជនភាព និងអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកដទៃ។
ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមសួរសមាជិករបស់ក្រុមស្រាវជ្រាវ។

B. តើព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនអ្វីខ្លះនឹងត្រូវចេញផ្សាយ?

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាត និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ

នោះអ្នកកំពុងអនុញ្ញាតឱ្យ UCSF Health ធ្វើការចេញផ្សាយកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ

ខាងក្រោមដែលរួមមានព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នករាប់បញ្ចូលទាំងព័ត៌មានសុខភាពនៅក្នុងកំណត់ត្រា

វេជ្ជសាស្ត្រ របាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នក។

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រទាំងមូល | <input type="checkbox"/> របាយការណ៍មន្ទីរពិសោធន៍ និងរោគសាស្ត្រ | <input type="checkbox"/> នាយកដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់ កំណត់ត្រា |
| <input type="checkbox"/> គ្លីនិកសង្គ្រោះបន្ទាន់ | <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាផ្ទេរ | <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាហិរញ្ញវត្ថុ |
| <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាវឌ្ឍនភាព | <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ប្រតិបត្តិការ | <input type="checkbox"/> របាយការណ៍រូបភាព |
| <input type="checkbox"/> របាយការណ៍តេស្តផ្សេងៗ | <input type="checkbox"/> សេចក្តីសង្ខេបនៃការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ | <input type="checkbox"/> ប្រវត្តិសាស្ត្រ និងការតេស្តរាងកាយ |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (ពិពណ៌នា): _____ | <input type="checkbox"/> ការពិគ្រោះយោបល់ | <input type="checkbox"/> តេស្តផ្លូវចិត្ត |

C. តើខ្ញុំត្រូវផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ជាក់លាក់ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស

ក្រុមស្រាវជ្រាវក៏នឹងប្រមូលព័ត៌មានពីកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដែលត្រូវបានកត់សម្គាល់

ដោយប្រអប់ជិក។ ព័ត៌មានខាងក្រោមនឹងត្រូវបានចេញផ្សាយ

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាក់លាក់របស់អ្នក

ដោយការដាក់ឈ្មោះជាអក្សរកាត់នៅលើបន្ទាត់(នានា)។

- ខ្ញុំយល់ស្របនឹងការចេញផ្សាយព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការប្រើគ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាល។ _____ (ឈ្មោះជាអក្សរកាត់)
- ខ្ញុំយល់ស្របនឹងការចេញផ្សាយព័ត៌មាននៃការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍។ _____ (ឈ្មោះជាអក្សរកាត់)
- ខ្ញុំយល់ស្របនឹងការចេញផ្សាយព័ត៌មាននៃការធ្វើតេស្តសេនេទិច។ _____ (ឈ្មោះជាអក្សរកាត់)
- ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះការចេញផ្សាយព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ _____ (ឈ្មោះជាអក្សរកាត់)

D. តើនរណានឹងបង្ហាញ និង/ឬ ទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ?

ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយមនុស្សទាំងនេះសម្រាប់គោលបំណងដូចខាងក្រោម៖

1. ជូនក្រុមស្រាវជ្រាវសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងទម្រង់បែបបទយល់ព្រមដែលភ្ជាប់មកជាមួយ។
2. ទៅអ្នកផ្សេងទៀតនៅ UC ដោយមានសិទ្ធិត្រួតពិនិត្យលើការស្រាវជ្រាវ
3. ចំពោះអ្នកផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានតម្រូវដោយច្បាប់ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវគុណភាព និងសុវត្ថិភាពនៃការស្រាវជ្រាវ រួមមាន៖ ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិក ដូចជា រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ ឬការិយាល័យការពារការស្រាវជ្រាវលើមនុស្ស អ្នកឧបត្ថម្ភការស្រាវជ្រាវ ឬអ្នកតំណាងអ្នកឧបត្ថម្ភ រួមមានប៉ុន្តែមិនមានកំណត់ចំពោះ អង្គការស្រាវជ្រាវកិច្ចសន្យា (contract research organization, CRO) ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលនៅក្នុងប្រទេសផ្សេងៗទៀតឡើយ។

E. តើព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានចែករំលែកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវយ៉ាងដូចម្តេច?

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ

ក្រុមស្រាវជ្រាវអាចចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកតាមវិធីដូចខាងក្រោម៖

1. ដើម្បីអនុវត្តការស្រាវជ្រាវ
2. ចែករំលែកជាមួយអ្នកស្រាវជ្រាវនៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រទេសផ្សេងៗទៀត។
3. ប្រើវាដើម្បីកែលម្អការរៀបចំការសិក្សានាពេលអនាគត។
4. ចែករំលែកជាមួយដៃគូអាជីវកម្មរបស់អ្នកឧបត្ថម្ភ ឬ
5. ដាក់ពាក្យស្នើសុំជាមួយសហរដ្ឋអាមេរិក ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលបរទេសដើម្បីទទួលបានការយល់ព្រមលើថ្នាំថ្មី ឬផលិតផលថែទាំសុខភាព។

F. តើខ្ញុំត្រូវចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះឬទេ?

ទេ អ្នកមិនចាំបាច់ចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះទេ។

អ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំព្យាបាលដូចគ្នា ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះ។

យ៉ាងណាក្តី ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើឯកសារ

នោះអ្នកនឹងមិនអាចចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះទេ។

G. សកម្មភាពស្រាវជ្រាវជាជម្រើស

មិនមានសកម្មភាពស្រាវជ្រាវជាជម្រើសទេ។

ការស្រាវជ្រាវដែលខ្ញុំយល់ព្រមចូលរួមមានសកម្មភាពស្រាវជ្រាវបន្ថែម ដូចជាការបង្កើតមូលដ្ឋានទិន្នន័យ កន្លែងដាក់ទុកជាលិកា ឬសកម្មភាពផ្សេងទៀតដូចដែលបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំនៅក្នុងដំណើរការយល់ព្រមដែលបានជូនដំណឹង ហើយខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចជ្រើសរើសយល់ព្រមដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់សកម្មភាពទាំងនោះឬអត់។

ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំត្រូវបានបង្ហាញសម្រាប់សកម្មភាពស្រាវជ្រាវបន្ថែមដែលបានពន្យល់នៅក្នុងដំណើរការយល់ព្រមដែលបានជូនដំណឹង។ _____
(ឈ្មោះជាអក្សរកាត់)

H. តើការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំផុតកំណត់ឬទេ?

ការអនុញ្ញាតឱ្យចេញផ្សាយព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកផុតកំណត់ នៅពេលដែលការស្រាវជ្រាវបញ្ចប់ ហើយការត្រួតពិនិត្យការសិក្សាដែលចាំបាច់ទាំងអស់ត្រូវបានបញ្ចប់។

I. តើខ្ញុំអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំបានឬទេ?

អ្នកអាចបោះបង់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន។
អ្នកអាចធ្វើដូចនេះតាមវិធីពីរយ៉ាង។ អ្នកអាចសរសេរទៅអ្នកស្រាវជ្រាវ ឬអ្នកអាចស្នើសុំនរណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមស្រាវជ្រាវដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវទម្រង់បែបបទឱ្យបំពេញដើម្បីបោះបង់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកបោះបង់ការអនុញ្ញាត អ្នកប្រហែលជាលែងស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវទៀតហើយ។ អ្នកប្រហែលជាចង់សួរនរណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមស្រាវជ្រាវ
ថាតើការលុបចោលនឹងប៉ះពាល់ដល់ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកបោះបង់ចោល ព័ត៌មានដែលត្រូវបានប្រមូល និងបង្ហាញអំពីអ្នករួចហើយអាចបន្តប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងដែលមានកំណត់។ ដូចគ្នានេះផងដែរ ប្រសិនបើច្បាប់តម្រូវ អ្នកឧបត្ថម្ភ និងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលអាចបន្តពិនិត្យមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវគុណភាព ឬសុវត្ថិភាពនៃការសិក្សា។

J. ហត្ថលេខា

អ្នកចូលរួម

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមនឹងការប្រើប្រាស់ និងការចេញផ្សាយព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព និងចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម។ អ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូននូវច្បាប់ចម្លង ដែលបានចុះហត្ថលេខានៃទម្រង់បែបបទនេះ។

ឈ្មោះអ្នកចូលរួម (ជាអក្សរពុម្ព) --
តម្រូវឱ្យមាន

ហត្ថលេខារបស់អ្នកចូលរួម

កាលបរិច្ឆេទ

ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតស្របច្បាប់

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមនឹងការប្រើប្រាស់ និងការចេញផ្សាយនូវព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន របស់អ្នកចូលរួមខាងលើ សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកជាអក្សរពុម្ព និងហត្ថលេខារបស់អ្នកនៅខាងក្រោម។

ឈ្មោះអ្នកតំណាងឪពុកម្តាយដែលមានការអនុញ្ញាត ស្របច្បាប់ (ជាអក្សរពុម្ព)

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចូលរួម

ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតពី ឪពុកម្តាយ ឬស្របច្បាប់

កាលបរិច្ឆេទ

សាក្សី

ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះកំពុងត្រូវបានអានដល់អ្នកចូលរួម ព្រោះគាត់/នាងមិនអាច
អានទម្រង់បែបបទនេះ នោះសាក្សីត្រូវតែមានវត្តមាន
ហើយចាំបាច់ត្រូវសរសេរឈ្មោះរបស់គាត់/នាងជាអក្សរពុម្ព និងចុះហត្ថលេខានៅទីនេះ៖

ឈ្មោះសាក្សី (ជាអក្សរពុម្ព)

ហត្ថលេខារបស់សាក្សី

កាលបរិច្ឆេទ