

**БХЗ # \_\_\_\_\_**

**University of California, San Francisco (UCSF Health)**

**Судалгаанд хувь хүний эрүүл мэндийн мэдээллийг ашиглах зөвшөөрөл**

Судалгааны Нэр (эсвэл судалгааны нэр Оролцогчийн хувийн нууцад халдаж болзошгүй бол БХЗ-ийн зөвшөөрлийн дугаар):

Үндсэн судлаачийн нэр:

Ивээн тэтгэгч/Санхүүжүүлэх агентлаг (санхүүжүүлсэн бол):

**А. Энэ маягтын зорилго юу вэ?**

Мужийн болон холбооны нууцлалын тухай хуулиар таны эрүүл мэндийн мэдээллийг ашиглаж, ил болгохоос хамгаалдаг. Эдгээр хууль тогтоомжийн дагуу та зөвшөөрөл олгоогүй бол University of California эсвэл таны эмч таны эрүүл мэндийн мэдээллийг судалгааны зорилгоор ил болгох боломжгүй. Таны мэдээллийг судлаачид, Их Сургуулиас ажилд авсан хүмүүс, судалгааны ивээн тэтгэгч, судалгааг хянах эрх бүхий хүмүүсийг багтаасан судалгааны багт илгээнэ. Хэрэв та зөвшөөрөл олгож, судалгаанд хамрагдахаар шийдвэл та энэ маягт, Зөвшөөрлийн маягтад гарын үсэг зурах ёстой. Энэхүү маягтад **UCSF Health** судлаач, судалгааны баг, ивээн тэтгэгч ба хянах үүрэг бүхий хүмүүстэй мэдээллээ хуваалцах арга хэлбэрийг тайлбарласан. Судалгааны баг хавсаргасан Зөвшөөрлийн маягтад заасны дагуу таны мэдээллийг ашиглаж, хамгаална. Гэсэн хэдий ч таны эрүүл мэндийн мэдээллийг **UCSF Health** нийтэлбэл нууцлалын тухай хуулиар хамгаалагдахгүй байх магадлалтай бөгөөд бусадтай хуваалцаж болзошгүй. Хэрэв танд асуулт байвал судалгааны багийн гишүүнээс асууна уу.

## **В. Хувь хүний эрүүл мэндийн талаар ямар мэдээллийг ил болгох вэ?**

Хэрэв та зөвшөөрөл олгож, энэ маягтад гарын үсэг зурвал **UCSF Health**-д таны Хувь хүний эрүүл мэндийн мэдээллийг агуулсан дараах эмнэлгийн бүртгэлийг ил болгохыг зөвшөөрч байгаа юм. Таны Хувь Хүний Эрүүл Мэндийн Мэдээлэлд эмнэлгийн бүртгэл, санхүүгийн бүртгэл дэх эрүүл мэндийн тань мэдээлэл, таныг тодорхойлох бусад мэдээлэл багтдаг.

- |                                                           |                                                                           |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Эмнэлгийн бүх бүртгэл            | <input type="checkbox"/> Лаборатори, эмгэгзүйн тайлан                     | <input type="checkbox"/> Яаралтай тусламжийн тасаг Бүртгэл мэдээлэл |
| <input type="checkbox"/> Амбулатори клиник                | <input type="checkbox"/> Шүдний эмнэлгийн бүртгэл                         | <input type="checkbox"/> Санхүүгийн бүртгэл мэдээлэл                |
| <input type="checkbox"/> Явцын тэмдэглэл                  | <input type="checkbox"/> Мэс заслын тайлан                                | <input type="checkbox"/> Зургийн тайлан мэдээ                       |
| <input type="checkbox"/> Бусад шинжилгээний тайлан        | <input type="checkbox"/> Эмнэлгээс гаргахтай холбоотой хураангуй мэдээлэл | <input type="checkbox"/> Өвчний түүх, эрүүл мэндийн үзлэг           |
| <input type="checkbox"/> Бусад (тодорхойлно уу):<br>_____ | <input type="checkbox"/> Зөвлөгөө                                         | <input type="checkbox"/> Сэтгэлзүйн тест                            |

## **С. Би тодорхой зориулалтаар хэрэглэхэд зөвшөөрлөө өгөх ёстой юу?**

Тийм

Судалгааны баг мөн таны эмнэлгийн бүртгэлээс дээр тэмдэглэсэн мэдээллийг цуглуулна. Та мөрөнд өөрийн нэрийн болон овгийн эхний үсгийг бичиж, тодорхой зөвшөөрөл өгсөн тохиолдолд л дараах мэдээллийг ил болгоно.

- Мансууруулах бодис, согтууруулах ундааны хэт хэрэглээ, оношилгоо эсвэл эмчилгээний талаарх мэдээллийг ил болгохыг зөвшөөрч байна. \_\_\_\_\_ (нэрийн болон овгийн эхний үсэг)
- Би ХДХВ/ДОХ-ын шинжилгээний мэдээллийг ил болгохыг зөвшөөрч байна. \_\_\_\_\_ (нэрийн болон овгийн эхний үсэг)
- Би ХДХВ/ДОХ-ын шинжилгээний мэдээллийг ил болгохыг зөвшөөрч байна. \_\_\_\_\_ (нэрийн болон овгийн эхний үсэг)
- Сэтгэцийн эрүүл мэндийн оношилгоо эсвэл эмчилгээний талаарх мэдээллийг ил болгохыг зөвшөөрч байна. \_\_\_\_\_ (нэрийн болон овгийн эхний үсэг)

**D. Миний Хувь Хүний Эрүүл Мэндийн Мэдээллийг хэн ил болгож эсвэл хүлээн авах вэ?**

Таны Хувь Хүний Эрүүл Мэндийн Мэдээллийг дараах зорилгоор эдгээр хүмүүстэй хуваалцаж болно.

1. Хавсаргасан Зөвшөөрлийн маягтад тодорхойлсон судалгааны ажлын багт;
2. Судалгааг хянах эрх бүхий УС дэх бусад хүмүүст
3. Судалгааны чанар, аюулгүй байдлыг хуулийн дагуу шалгах бусад хүмүүст, Үүнд: Хүнс, Эмийн Удирдлага эсвэл Хүнд Хийгдэх Судалгааны Хамгааллын Алба зэрэг АНУ-ын Засгийн газрын агентлаг, судалгааны ивээн тэтгэгч эсвэл гэрээт судалгааны байгууллага (ГСБ) зэрэг ивээн тэтгэгчийн төлөөлөгч, бусад улс орны Засгийн газрын агентлаг багтдаг.

**E. Судалгааны хүрээнд миний Хувь Хүний Эрүүл Мэндийн Мэдээллийг хэрхэн хуваалцах вэ?**

Хэрэв та энэ судалгаанд хамрагдахыг зөвшөөрвөл судалгааны баг таны Хувь Хүний Эрүүл Мэндийн Мэдээллийг дараах аргаар хуваалцаж болно.

1. Судалгаа хийхийн тулд
2. АНУ эсвэл бусад орны судлаачидтай хуваалцах;
3. Цаашдын судалгааны загварыг боловсронгуй болгохын тулд ашиглах;
4. Ивээн тэтгэгчийн бизнесийн түнштэй хуваалцах; эсвэл
5. Шинэ эм эсвэл эрүүл мэндийн бүтээгдэхүүний зөвшөөрөл авахын тулд АНУ-ын эсвэл гадаадын Засгийн газрын агентлагт өргөдөл гаргахад.

**F. Би энэ баримт бичигт гарын үсэг зурах шаардлагатай юу?**

Үгүй, та энэ баримт бичигт гарын үсэг зурах шаардлагагүй. Та энэ баримт бичигт гарын үсэг зураагүй ч ижил эмнэлзүйн тусламж үйлчилгээ авна. Гэвч та баримт бичигт гарын үсэг зураагүй бол энэ судалгааны ажилд оролцох боломжгүй.

## **G. Нэмэлт судалгааны үйл ажиллагаа**

Нэмэлт судалгааны үйл ажиллагаа байхгүй.

Таниулсан зөвшөөрлийн явцад надад тайлбарласны дагуу мэдээллийн сан үүсгэх, эд хадгалах эсвэл бусад үйл ажиллагаа зэрэг нэмэлт судалгааны ажил миний оролцохоор зөвшөөрсөн судалгаанд байгаа бөгөөд тэдгээр үйл ажиллагааны зориулалтаар миний мэдээллийг хуваалцахыг зөвшөөрөх эсэхээ өөрөө шийдэх боломжтой болохыг би ойлгож байна.

Таниулсан зөвшөөрлийн явцад тайлбарласны дагуу нэмэлт судалгааны үйл ажиллагааны хүрээнд миний мэдээллийг ил болгохыг би зөвшөөрч байна. \_\_\_\_\_  
(нэрийн болон овгийн эхний үсэг)

## **H. Миний зөвшөөрлийн хугацаа дуусах уу?**

Судалгаа дуусаж, шаардлагатай бүх судалгааны хяналт дууссаны дараа таны Хувь Хүний Эрүүл Мэндийн Мэдээллийг ил болгох зөвшөөрлийн хугацаа дуусна.

## **I. Би зөвшөөрлөө цуцалж болох уу?**

Та хүссэн үедээ зөвшөөрлөө цуцалж болно. Та үүнийг хоёр аргаар хийж болно. Та судлаач уруу захиа бичиж эсвэл зөвшөөрлөө цуцлахад бөглөдөг маягтыг судалгааны багийн хэн нэгнээс өгөхийг хүсэж болно. Хэрэв та зөвшөөрлөө цуцалбал та цаашид судалгаанд хамрагдахгүй байж болзошгүй. Та зөвшөөрлөө цуцлах нь таны эмчилгээнд нөлөөлөх эсэхийг судалгааны багийн хэн нэгнээс асуух хэрэгтэй байж болно. Хэрэв та цуцалбал таны талаар аль хэдийн цуглуулж, нээлттэй болгосон мэдээллийг хязгаарлагдмал зорилгоор үргэлжлүүлэн ашиглаж болно. Мөн хэрэв хуулиар шаардвал ивээн тэтгэгч болон Засгийн газрын агентлагууд судалгааны чанар, аюулгүй байдлыг шалгахын тулд таны эрүүл мэндийн бүртгэл мэдээллийг үргэлжлүүлэн үзэж болно.

## Ж. Гарын үсэг

### Оролцогч

Хэрэв та Хувь Хүний Эрүүл Мэндийн Мэдээллийг ашиглах, ил болгохыг зөвшөөрч байвал нэрээ дармалаар бичиж, доор гарын үсгээ зурна уу. Танд энэ маягтын гарын үсэг зурсан хуулбарыг өгнө.

---

Оролцогчийн нэр (дармалаар)--  
*шаардлагатай*

---

Оролцогчийн гарын үсэг

---

Огноо

### Эцэг эх эсвэл хууль ёсны итгэмжлэгдсэн төлөөлөгч

Хэрэв та дээрх Оролцогчийн Хувь Хүний Эрүүл Мэндийн Мэдээллийг ашиглаж, ил болгохыг зөвшөөрч байвал нэрээ дармалаар бичиж, доор гарын үсгээ зурна уу.

---

Эцэг эх эсвэл хууль ёсны итгэмжлэгдсэн  
төлөөлөгчийн нэр (дармалаар)

---

Оролцогчийн хэн  
болох

---

Эцэг эх эсвэл хууль ёсны итгэмжлэгдсэн  
төлөөлөгчийн гарын үсэг

---

Огноо

### Гэрч

Тус маягтыг оролцогч уншиж чадахгүй тул маягтыг уншиж байгаа бол гэрч байлцаж, нэрээ дармалдаж бичиж, гарын үсгээ энд зурах шаардлагатай:

---

Гэрчийн нэр (дармалаар)

---

Гэрчийн гарын үсэг

---

Огноо