

University of California, San Francisco (UCSF Health)

为研究目的而使用个人健康信息之许可

研究标题（或在研究标题可能侵犯参加者隐私的情况下则使用 IRB 批准编号）：

主要研究者的姓名：

申办方/资助机构（如有提供资助）：

A. 本授权书的目的是什么？

州和联邦隐私法律对使用和披露您的健康信息给予保护。根据这些法律，不经您允许，University of California 或您的医疗保健提供者不能出于研究目的而披露您的健康信息。您的信息将披露给研究团队，其中包括研究人员、该大学或申办方聘来开展研究的人员，以及有权监督本研究的人员。如果您决定给出您的许可并参加本研究，您必须签署本授权书以及参加研究同意书。本授权书描述了 **UCSF Health** 可能采用何种方式与研究人员、研究团队、申办方和负有监督责任的人员共享您的信息。研究团队将按随附的同意书所述来使用和保护您的信息。但是，一旦您的健康信息经 **UCSF Health** 披露，它有可能得不到隐私法律的保护，也可能会与他人分享。如果您有疑问，请询问研究团队成员。

B. 会披露哪些个人健康信息？

如果您给出许可并签署本授权书，即表示您允许 **UCSF Health** 披露下列包含您个人健康信息的医疗记录。您的个人健康信息包括您的医疗记录、财务记录以及其他可识别您身份的信息中的健康信息。

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 全部医疗记录 | <input type="checkbox"/> 实验室和病理检验报告 | <input type="checkbox"/> 急诊室记录 |
| <input type="checkbox"/> 门诊诊所记录 | <input type="checkbox"/> 牙科记录 | <input type="checkbox"/> 财务记录 |
| <input type="checkbox"/> 病程注记 | <input type="checkbox"/> 手术报告 | <input type="checkbox"/> 成像检查报告 |
| <input type="checkbox"/> 其他检测报告 | <input type="checkbox"/> 出院小结 | <input type="checkbox"/> 病史和体格检查 |
| <input type="checkbox"/> 其他（请说明）： | <input type="checkbox"/> 会诊 | <input type="checkbox"/> 心理测试 |

C. 我是否一定要对特定用途给予许可？

是。
 研究小组还将从您的医疗记录中收集复选框中标明的信息。如果您在以下的空线之上签署您的姓名首字母从而给出特定许可，则只会披露所许可的信息。

- 我同意披露有关药物和酒精滥用、诊断或治疗的信息。_____（签署姓名首字母）
- 我同意披露 HIV/AIDS 检测的信息。_____（签署姓名首字母）
- 我同意披露基因检测信息。_____（签署姓名首字母）
- 我同意披露有关精神健康诊断或治疗的信息。_____（签署姓名首字母）

D. 谁将披露和/或收到我的个人健康信息？

您的个人健康信息可能会出于以下目的分享给：

1. 研究团队，目的是供随附同意书中描述的研究所用；
2. UC 的其他有权人员，目的是监督研究
3. 法律要求的其他人员，目的是审查研究的质量和安全性，包括：美国政府机构，比如美国食品药品监督管理局或人类研究保护办公室、研究申办方或申办方的代表，包括但不限于合同研究组织 (CRO) 或其他国家/地区的政府机构。

E. 就本研究而言，我的个人健康信息将如何分享？

如果您同意参加本研究，研究团队可能通过以下方式分享您的个人健康信息：

1. 为开展本研究而分享
2. 与美国或其他国家/地区的研究人员分享；
3. 用其改善未来研究的设计；
4. 分享给申办方的业务合作伙伴；或
5. 向美国或外国的政府机构提交申请，为新药或医疗保健产品获取批准。

F. 我是否必须签署本文件？

否，不强求您签署本文件。如果您不签署本文件，您仍将获得同样的临床医疗护理。但不签署本文件，您将不能参加本研究。

G. 可选的研究活动

没有安排可选的研究活动。

我同意参加的研究附加了可选的研究活动，比如创建数据库、组织储存库或其他活动，就如同在知情同意过程中为我解释的那样，我明白，我可以选择同意或不同意为这些活动分享我的信息。

我同意为了知情同意过程中解释的附加可选研究活动而许可披露我的信息。

_____（签署姓名首字母）

H. 我的许可会不会过期失效？

在研究结束且所有必要的研究监查活动已完成时，本披露您个人健康信息的许可将到期而失效。

I. 我可以取消我的许可吗？

您可以随时取消您的许可，您有两种方式来取消。您可以写信给研究人员，也可以向研究团队的成员索取一份撤销书，将其填妥以取消您的许可。如果您取消许可，您可能无法再留在研究中。您可能想要询问研究团队的成员取消许可是否会影响您的医学治疗。如果您取消，则已收集到及已披露的关于您的信息可能要继续用于有限目的。此外，如果法律有要求，申办方和政府机构可能要继续查看您的医疗记录，以审查本研究的质量或安全性。

J. 签名

参加者

如果您同意使用和披露您的个人健康信息，请在下方正楷书写您的姓名并签名。您将收到本授权书一份签过名的副本。

参加者的姓名（请正楷书写）--必填

参加者签名

日期

