

ఐఆర్ బి#

University of California, San Francisco (UCSF Health)

పరోశోధన కోసం వ్యక్త గత ఆరోగ్య సమాచారాన్ని ఉపయోగించడానికి అనుమతి

అధ్యయన శీర్షిక

(లేదా అధ్యయనం శీర్షిక పాలిగ్రాఫ్ నాన్-వారీగోప్యతను ఉల్లంఘించవచ్చు చంటి ఐఆర్ బి ఆమోదం సంఖ్య):

పరధాన పరోశోధకుడే: _____

పరాయోజితలు/నోధులు ఇచ్చే సంస్థ

(నోధులు ఇస్తూ ఉంటే): _____

A. ఈ పత్రం యొక్క కక్ష దేశీయం ఏమిటి?

రాష్ట్ర రమరియు సమాఖ్య యగోప్యతా చట్టాలు మరియు ఆరోగ్య సమాచారం యొక్క కక్ష యోగోప్యతా మరయు వాడుదలను రక్షిస్తాయి. ఈ చట్టాల పరకారం, University of California లేదా మి ఆరోగ్య సంరక్షణ పరదాత మి ఆరోగ్య సమాచారాన్ని పరోశోధన పరయోజనాల కోసం మి అనుమతి ఇస్తే తప్ప పవాడుదల చేయలేరు. మి సమాచారం పరోశోధనా బృందానికి వాడుదల చేయబడుతుంది, ఇందులో పరోశోధకులు, పరోశోధన చేయడానికి వాళ్ళ వాదయాలయం లేదా పరాయోజితలు నయమించిన వ్యక్తులు మరియు పరోశోధనను పర్యవేక్షించే అధికారం ఉన్న వ్యక్తులు ఉన్నారు. మి అనుమతి ఇవ్వాలని మరయు అధ్యయనం పాలిగ్రాఫ్ నాన్-వారీగోప్యతా నిబంధనలను మి అనుమతి ఇవ్వాలని మరయు అధ్యయనం పరయోజితలకు ఉండవచ్చు. ఈ పత్రం UCSF Health మి సమాచారాన్ని పరోశోధకుడు, పరోశోధనా బృందం, పరాయోజితలు మరియు పర్యవేక్షించే బాధ్యత కలిగిన వ్యక్తులతో పంచుకోగల కరకాల మారగాలను వారీగోప్యతా నిబంధనలను మి అనుమతి ఇవ్వాలని మరయు అధ్యయనం పరయోజితలకు ఉండవచ్చు. మి అనుమతి ఇవ్వాలని మరయు అధ్యయనం పరయోజితలకు ఉండవచ్చు. మి అనుమతి ఇవ్వాలని మరయు అధ్యయనం పరయోజితలకు ఉండవచ్చు. మి అనుమతి ఇవ్వాలని మరయు అధ్యయనం పరయోజితలకు ఉండవచ్చు.

B. వ్యక్తిగత ఆరోగ్య సమాచారం ఏమి వీడియో ద్వారా చేయబడుతుంది?

మీరు మీ అనుమతి ఇచ్చినప్పుడు, ఈ పత్రం లో సంతకం చేస్తే, మీ వ్యక్తిగత ఆరోగ్య సమాచారం తో కూడిన కొన్ని వైద్య రికార్డులను మీ వీడియో ద్వారా మీకు UCSF Health మీరు అనుమతిస్తే తుననారు. మీ వ్యక్తిగత ఆరోగ్య సమాచారం లో మీ వైద్య రికార్డులు, ఆరోధి కారక రికార్డులలో ఆరోగ్య సమాచారము మరియు మీ మలనగుర్తించగల ఇతర సమాచారము కలిగి ఉంటుంది.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> మౌఖిక వైద్య రికార్డులు | <input type="checkbox"/> పర్యవేక్షణ మరియు పాథాలజీ నివేదికలు | <input type="checkbox"/> ఆత్యవసర వాగ్దారాలు |
| <input type="checkbox"/> సంచాలక కల్లెక్షన్లు | <input type="checkbox"/> దంతాల సంబంధించిన నివేదికలు | <input type="checkbox"/> ఆరోధి కారక రికార్డులు |
| <input type="checkbox"/> మరొక తగినవి | <input type="checkbox"/> శస్త్రచికిత్సలకు సంబంధించిన నివేదికలు | <input type="checkbox"/> ఇమేజింగ్ నివేదికలు |
| <input type="checkbox"/> ఇతర పరీక్ష నివేదికలు | <input type="checkbox"/> వీడియో చేసేటప్పుడు ఇచ్చిన సారాంశము | <input type="checkbox"/> చరిత్ర మరియు శారీరక పరీక్షలు |
| <input type="checkbox"/> ఇతర (వీటిలో ఏదైనా): | <input type="checkbox"/> సంపర్కం | <input type="checkbox"/> మానసిక పరీక్షలు |

C. కొన్ని నిర్దిష్ట పరిస్థితులకు నేను అనుమతి ఇవ్వాలా?

అవును.

ట్రాన్స్ పార్ట్ టెక్నాలజీ ద్వారా గుర్తుపట్టిన వీడియో నివేదికనుండి పరోశోధన బృందం సమాచారాన్ని సేకరిస్తుంది. మీ ప్రాథమిక వైద్యులను (ల) లోపాట్టడం ద్వారా మీ నిర్దిష్ట అనుమతి ఇస్తే మాత్రమే కొన్ని సమాచారం వీడియో ద్వారా చేయబడుతుంది.

- మా దక్కద్రవ్యాల మరియు మద్యం దుర్వనియోగం, రోగనిరోధక శక్తి తగ్గింపుకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని వీడియో ద్వారా చేయడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. _____ (ప్రాథమిక వైద్యులు)
- HIV/AIDS పరీక్షల సమాచారం వీడియో ద్వారా చేయడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. _____ (ప్రాథమిక వైద్యులు)
- జన్యు సంబంధ పరీక్షల సమాచారం వీడియో ద్వారా చేయడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. _____ (ప్రాథమిక వైద్యులు)
- మానసిక ఆరోగ్య రోగనిరోధక శక్తి తగ్గింపుకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని వీడియో ద్వారా చేయడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను. _____ (ప్రాథమిక వైద్యులు)

D. నా వ్యక్త గత ఆరోగ్య సమాచారాన్ని వివర బహిరంగతం చేస్తే తారుమరీయి/లేదా పొందుతారు?

కొందరి ఉద్దేశ్యాల కోసం మీ వ్యక్త గత ఆరోగ్య సమాచారం ఈ వ్యక్తులతో పంచుకోవచ్చు:

1. జత చేయబడిన సమీక్షా పత్రం లో వివరించిన పరోశోధన కోసం పరోశోధనా బృందానికి;
2. పరోశోధనను పర్యవేక్షించే అధికారి ఉన్న UC లోని ఇతరులకు
3. పరోశోధన యొక్క కనాణ్ యత మరీయు సురక్షితమైన సమీక్షించడానికి చట్టం పరకారం ఇతరులకు, యు.ఎస్. ప్లరభుత్వ సంస్థలు, ఆహార మరీయు ఔషధ నిర్వహణ లేదా మానవ పరోశోధన భద్రతల కార్యాలయము, పరోశోధన పరాయోజితులు లేదా పరాయోజితుల ప్లరతనిధులు ఒక పందపరోశోధన సంస్థ (సీఆర్ఓ) (CRO) లేదా ఇతర దేశీయ శాస్త్రోపాధ్యక్షుల సంస్థలతో సహా కనీసం పరోశోధన పరిమితం కాకుండా.

E. పరోశోధన కోసం నా వ్యక్త గత ఆరోగ్య సమాచారం ఎలా పంచబడుతుంది?

మీరు ఈ అధ్యయనం లో ఉండటానికి అంగీకరిస్తే, పరోశోధనా బృందం మీ వ్యక్త గత ఆరోగ్య సమాచారాన్ని ఈ క్రింది మార్గాలలో పంచుకోవచ్చు:

1. పరోశోధన నిర్వహించడానికి
2. యు.ఎస్. లేదా ఇతర దేశీయ శాస్త్రోధకులతో పంచుకోడానికి;
3. భవిష్యత్ అధ్యయనాల రూపకల్పనను మారుగుపరచడానికి దీనిని ఉపయోగించడానికి;
4. పరాయోజితుల యొక్క కన్యాహార భాగస్వాములతో పంచుకోవడానికి; లేదా
5. కౌత్త ఔషధాలు లేదా ఆరోగ్య సంరక్షణ ఉత్పత్తుల కోసం ఆమోదం పొందడానికి యు.ఎస్. లేదా వాదేశీయ ప్లరభుత్వ సంస్థలకు దరఖాస్తులను ఫైల్ చేయడానికి

F. నేను ఈ పత్రం లో సంతకం చేయాలి నా అవసరం ఉందా?

లేదు, మీరు ఈ పత్రం లో సంతకం చేయవలసిన అవసరం లేదు. మీరు ఈ పత్రం లో సంతకం చేయకపోతే మీకు అదే వైద్య సంరక్షణ అందుతుంది. అయితే, మీరు పత్రం లో సంతకం చేయకపోతే, మీరు ఈ పరోశోధన అధ్యయనం లో పాల్గొనలేరు.

G. ఐచ్ఛిక పరోశోధన కార్యకలాపం

ఐచ్ఛిక పరోశోధన కార్యకలాపాలు లేవు.

సూచిత సమీక్షా పత్ర రిపోర్ట్ రివ్యూలలో నాకు వర్తించినట్లుగా, నేను హాల్ గొనడానికి అంగీకరిస్తున్నాను. పరోశోధనలో డేటా బేస్, కణజాల రిపోజిటరీల ద్వారా ఇతర కార్యకలాపాల వంటి అదనపు ఐచ్ఛిక పరోశోధన కార్యకలాపాలు ఉన్నాయా, ఆ కార్యకలాపాల కోసం నా సమాచారాన్ని నా పంచుకునేందుకు అంగీకరించడానికి లోదానంగా కరించడానికి నేను ఏం చేస్తున్నాను. చూడండి. నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

సూచిత సమీక్షా పత్ర రిపోర్ట్ రివ్యూలలో వర్తించిన అదనపు ఐచ్ఛిక పరోశోధన కార్యకలాపాల కోసం నా సమాచారాన్ని నా హాల్ గొనడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

_____ (ప్రొడ్యూసర్లు)

H. నా అనుమతి గడువు ముగిసే తుందా?

పరోశోధన ముగిసినా కమర్షియల్ వసర మైనా అన్ అథోరిటీ యన్ వర్ యన్ వేక్ షణ్ ముగిసినా కమర్షియల్ యన్ వేక్ తగ్గిత ఆరోగ్య సమాచారాన్ని నా వాడు దలచే డానానికి ఈ అనుమతి ముగిసే తుంది.

I. నేను నా అనుమతి రద్దు చేసుకోవచ్చా?

మీరు ఏప్పుడైనా మీ అనుమతిని రద్దు చేసుకోవచ్చు. మీరు దీనిని రద్దు చేసినా మీరు ఏమీ చేయవలసినది లేదు. మీరు పరోశోధనకు డాక్టర్ రాయవచ్చు లేదా మీ అనుమతిని రద్దు చేయవచ్చు. మీరు మీ అనుమతిని రద్దు చేసుకుంటే, మీరు ఇప్పటికే పరోశోధన అధ్యయనం లో ఉండకపోవచ్చు. రద్దు చేసుకోవడం మీ వద్ద యాదానికీ సమర్థనా లేదు. మీరు పరోశోధనా బృందం లోని ఒకరిని అడగవచ్చు. మీరు రద్దు చేసుకుంటే, మీ గురించే ఇప్పటికే సేకరించిన మరొక అధ్యయనం లో నా సమాచారం వారి మేరకు ఉపయోగం చేయబడకపోవచ్చు. అలాగే, చట్టానికి అనుగుణంగా, అధ్యయనం యొక్క కనాన్ యతను లేదా సురక్షిత ను సమీక్షించడానికి పరోశోధనా బృందం మరొక అధ్యయనం లో భాగం చేయవచ్చు. డౌలను చూడటం కోసం సాగించవచ్చు.

J. సంతకం

పాల గొనువారు

మీ ప్రియమైన తోగత ఆరోగ్య సమాచారం యొక్క కడపయోగం మరియు వాడుదలకు మీరు అంగీకరిస్తే, దయచేసి మీ పేరును ముద్రించి రింద సంతకం చేయండి. ఈ పత్రం యొక్క కనంతకం చేసిన కలుబక తీసుకు ఇవ్వబడుతుంది.

పాల గొనువారి పేరు (ముద్ర రీతి) -- అవసరం

పాల గొనువారి సంతకం

తేదీ

తల్లిదండ్రులు లేదా చిట్టబద్ధంగా అధిక్యత ప్రితినిధి

ప్రైవేట్ కౌన్సెలర్ పాల గొనువారి ప్రియమైన తోగత ఆరోగ్య సమాచారం యొక్క కడపయోగం మరియు వాడుదలకు మీరు అంగీకరిస్తే, దయచేసి మీ పేరును ముద్రించి రింద సంతకం చేయండి.

తల్లిదండ్రులు లేదా చిట్టబద్ధంగా అధిక్యత ప్రితినిధి పేరు (ముద్ర రీతి)

పాల గొనువారి తల్లిదండ్రుల సంబంధం

తల్లిదండ్రులు లేదా చిట్టబద్ధంగా అధిక్యత ప్రితినిధుల సంతకం

తేదీ

సాక్షి

పాలగొనువారుచదవలేరుకనుకఈపత్రంఅతనకి/అమౌకుచదవబడుతుంటే, ఒకసాక్షిత్వపకహాజరుకావాలిమరియుఅతడు/ఆమౌపేరునుముద్దరించుఇక్కడసంతకంచేయాలి:

సాక్షిపేరు (ముద్దరిత)

సాక్షిసంతకం

తేదీ