

#IRB [اصلاح شوی]

**کلفورینیا پوهنتون، سان فرانسېسکو (UCSF روغتیا)
د څېړنې لپاره د روغتيايي معلوماتو د کارولو اجازه لیک**

د څېړنې سرلیک (یا که د څېړنې سرلیک د گډونوال اړوند د محرمت پالیسي له ځان سره لري، نو د IRB د تایید شمېره):

[اصلاح شوی]

د اصلي څېړونکي نوم: [اصلاح شوی]

سپانسر/تمويلونکي اداره (که کومې ادارې تمويل کړي وي): [اصلاح شوی]

أ. د دغې فورمي موخه څه ده؟

د خونديتوب اړوند ايالتي او فدرالي قوانين ستاسو د روغتيايي معلوماتو د کارولو او خپرولو په اړه خونديتوب لري. د دغو قوانينو له مخې، کلفورنيا پوهنتون يا ستاسو د روغتيايي پاملرنې تامينونکي اداره نه شي کولای چې د څېړنيزو چارو لپاره ستاسو له اجازې پرته ستاسو روغتيايي معلومات خپاره کړي. ستاسو معلومات به له څېړنيز ټيم سره شريک شي چې په هغه کې څېړونکي، د پوهنتون لخوا گومارل شوي کسان، د څېړنې ترسره کولو لپاره مالي ملاتړي يا سپانسر او هغه کسان شامل دي چې د څېړنې څارنه کوي. که تاسو پرېکړه وکړئ چې د دغو معلوماتو د شريکولو اجازه ورکړئ او په څېړنه کې گډون وکړئ؛ نو بايد دغه فورمه او ترڅنگ يې د رضایت فورمه لاسليک کړئ. په دغې فورمه کې هغه بېلابېلې لارې چارې تشریح شوي دي چې د UCSF روغتيا کولی شي ستاسو معلومات له څېړونکي، د څېړنې له ټيم، مالي ملاتړي يا سپانسر او د څېړونکي د څار له مسولينو سره شريک کړي. د څېړنې ټيم به ستاسو له معلوماتو څخه په هغه ډول استفاده وکړي او دا به خوندي کړي چې په ضميمه شوي رضایت فورمه کې تشریح شوي دي. که څه هم کله چې ستاسو روغتيايي معلومات د يو سي ايس ايف روغتيايي برخې له لوري خپاره شي، بنایي دا معلومات د خونديتوب د قوانينو له مخې خوندي پاتې نه شي او کېدای شي له نورو اړخونو سره دا معلومات شريک شي. که په دې اړه کومه پوښتنه لرئ، د څېړنې د ټيم له يوې غړي سره يې په اړه خبرې وکړئ.

ب. کوم ډول شخصي روغتيايي معلومات به خپاره شي؟

که تاسو اجازه ورکړئ او دغه فورم لاسليک کړئ، نو په دې سره به تاسو د يو سي ايس ايف روغتيايي برخې ته اجازه ورکړئ چې ستاسو د شخصي روغتيايي معلوماتو په گډون لاندې طبي سوابق خپاره کړي. ستاسو په شخصي معلوماتو کې ستاسو د طبي سوابقو اړوند طبي معلومات، مالي معلومات او نور هغه معلومات شاملېږي چې ستاسو هويت ترې پېژندل کېدی شي.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> بشپړ طبي سوابق | <input type="checkbox"/> لابراتواري او د ناروغی پېژندنې (پنالوژي) راپورونه | <input type="checkbox"/> د بېړنۍ څانگې اړوند سوابق |
| <input type="checkbox"/> گرځنده کلينيکي سوابق | <input type="checkbox"/> د غاښونو اړوند روغتيايي سوابق | <input type="checkbox"/> مالي ثبوتونه |
| <input type="checkbox"/> د روغتيايي پرمختگ يادښتونه | <input type="checkbox"/> عملياتي راپورونه | <input type="checkbox"/> د عکس اخيستو اړوند راپورونه |
| <input type="checkbox"/> نور معايناتي راپورونه | <input type="checkbox"/> له روغتون څخه د ترخيص لاندې | <input type="checkbox"/> روغتيايي سوابق او فزيکي معاينات |
| <input type="checkbox"/> نور (تشریح يې کړئ): | <input type="checkbox"/> مشوره | <input type="checkbox"/> اروايي روغتيايي معاينات |

ج. ایا زه باید په ځینو حالاتو کې د معلوماتو د ځانګړي استفادې لپاره اجازه ورکړم؟
هو.

د څېړنې ټیم به همداراز ستاسو له طبي سوابقو څخه هغه معلومات راټول کړي چې په چیک بکس کې په نښه شوي وي. لاندې معلومات به یوازې هغه وخت خپاره شي چې تاسو پر کرښه د خپل نوم په لیکلو سره ځانګړي اجازه ورکړئ.

زه د مخدره توکو او الکولو څخه د ناوړه استفادې، تشخیص یا درملنې اړوند معلوماتو له خپرولو سره موافق یم
_____ (ستاسو نوم)

زه د اچ آی وی/اېډز د ټېسټ اړوند معلوماتو له خپرولو سره موافق یم. _____ (ستاسو نوم)

زه د ارثي معایناتو اړوند معلوماتو له خپرولو سره موافق یم _____ (ستاسو نوم)

زه د رواني روغتیا د تشخیص یا درملنې اړوند معلوماتو له خپرولو سره موافق یم _____ (ستاسو نوم)

د. کوم کسان زما شخصي روغتیايي معلومات افشا کولی او/یا ترلاسه کولی شي؟

ستاسو شخصي روغتیايي معلومات بنایي د لاندې موخو لپاره له دغو کسانو سره شریک شي:

1. د څېړنې اړوند ټیم سره د هغه څېړنې لپاره چې په ضمیمه شوي رضایت فورمه کې تشریح شوي دي؛
2. په کلفورنیا پوهنتون کې له نورو هغو کسانو سره چې د څېړنې د څار مسولیت لري
3. له نورو هغو کسانو سره چې د قانون له مخې باید د څېړنې کیفیت او خونديتوب چاري وگوري؛ لکه: د متحده ایالاتو دولتي ادارې، لکه د خوړو او درملو اداره یا د بشري څېړنو د خونديتوب اداره؛ د څېړنې د مالي ملاتړ یا سپانسر چارو استازي چې په دې کې د تروني څېړنو سازمان (CRO) یا په نورو هېوادونو کې دولتي ادارې هم شاملې دي، خو یواځې تر دې پورې محدودې نه دي.

ه. د څېړنې لپاره زما شخصي روغتیايي معلومات څنګه له نورو اړخونو سره شریکېږي؟

که په دغه څېړنه کې د ګډون کولو سره موافق شئ، نو د څېړنې ټیم بنایي په لاندې ډول ستاسو شخصي روغتیايي معلومات له نورو اړخونو سره شریک کړي:

1. د څېړنې ترسره کولو لپاره
2. په امریکا او نورو هېوادونو کې له څېړونکو سره د معلوماتو شریکول؛
3. د راتلونکو څېړنو د جوړښت د لارښوونو او ودې ورکولو لپاره د معلوماتو شریکول؛
 1. د مالي ملاتړ له سوداګریزو همکارانو سره د معلوماتو شریکول؛ یا
 2. د نوو درملیزو یا روغتیايي محصولاتو د تایید ترلاسه کولو لپاره د متحده ایالاتو یا کوم بهرني دولت سره د غوښتنلیکونو د ثبتولو لپاره د معلوماتو شریکول.

و. ایا زه مکلف یم چې دغه سند لاسلیک کړم؟

نه، تاسو مکلف نه یاست چې هر ورو دغه سند لاسلیک کړئ. که دغه سند لاسلیک هم نه کړئ، هماغه کلینیکي روغتیايي پاملرنې خدمات به ترلاسه کولای شئ. خو که دغه سند لاسلیک نه کړئ، نو په دغه څېړنه کې ګډون نه شئ کولی.

ز. د څېړنې اختیاري فعالیت

په څېړنه کې اختیاري فعالیتونه نشته.

په کومه څېړنه کې چې زه د گډون موافقه کوم، د څېړنې اړوند اضافي اختیاري فعالیتونه لري؛ لکه د دېټابیس جوړول، د توشېپېر ذخیره کول یا نور فعالیتونه؛ دا په هغه ډول لکه څنګه چې ماته رضایت په پروسه کې تشریح شوي دي. زه پوهېږم چې زه دا انتخاب کولای شم چې ایا د دغو فعالیتونو لپاره زما معلومات شریک شي او که نه.

زه موافقه کوم چې زما معلومات د څېړنې د هغو اضافي اختیاري فعالیتونو لپاره افشا شي چې د رضایت په پروسه کې راته تشریح شوي دي. _____ (ستاسو نوم)

ح. ایا زما اجازه محدود وخت لري؟

ستاسو د شخصي روغتیايي معلوماتو خپرولو لپاره دغه اجازه د څېړنې له پای ته رسېدو سره سم ختمېږي او د څېړنې د نظارت چاري نوري پای ته رسېږي.

ط. ایا زه خپله اجازه لغوه کولی شم؟

تاسو هر وخت کولای شئ خپله اجازه لغوه کړئ. دا کار له دوو لارو کولای شئ. د څېړنې ترسره کونکي ته یو لیک ولېږئ یا په څېړنېز ټیم کې له یو چا څخه وغواړئ چې د اجازې د لغوه کولو فورمه در کړي چې ډکه یې کړئ. که تاسو اجازه لغوه کړئ، بنیایي تاسو نور په څېړنه کې شامل نه یاست. تاسو کولای شئ په څېړنیز ټیم کې له یو چا څخه وپوښتنئ چې د اجازې دغه لغوه کول مو پر طبي درملنه اغېز کوي که نه. که تاسو اجازه لغوه کړئ، ستاسو په اړه راټول شوي او افشا شوي معلومات بنیایي لا هم د محدودو موخو لپاره وکارول شي. همدا راز، که د قانون اړتیا وي، مالي ملاتړی یا سپانسر او دولتي ادارې کولای شي ستاسو طبي سوابق ددې لپاره وگوري تر څو د څېړنې کیفیت او خونديتوب و ارزوي.

ي. لاسلیک

گډونوال

که تاسو د خپلو شخصي روغتیايي معلوماتو له کارولو او خپرولو سره موافق یاست، مهرباني وکړئ خپل نوم په روښان ډول ولیکئ او لاندې لاسلیک وکړئ. تاسو ته به د دغه فورمې یوه لاسلیک شوي کاپي درکړل شي.

د گډونوال نوم (په لیکلي بڼه) --ارین دی

نښه

د گډونوال لاسلیک

والدين يا قانونی اعتباري استازی

که د پورته ذکر شوي کس د شخصي روغتيايي معلوماتو له کارولو او خپرولو سره موافق یاست، مهرباني وکړئ خپل نوم په روښان ډول وليکئ او لاندې لاسليک وکړئ.

له گډونوال سره يي اړیکه

د والدينو يا قانوني اعتباري استازي نوم (په په غټو تورو)

نېټه

د والدينو يا قانوني اعتباري استازي لاسليک

شاهد

که گډونوال لوستل نه شي کولای او دغه فورمه هغه/هغې ته لوستل کېږي، یو شاهد باید وي او دا اړینه ده چې د هغه/هغې نوم په روښانه توګه وليکل شي او دلته لاسليک وکړي:

د شاهد نوم (په غټو تورو)

نېټه

د شاهد لاسليک

څېړونکو ته لارښوونې: په دغه نسخه کې د 3b مورد اړوند څېړونکو لپاره لارښوونې شته. په دغه سند کې نور بدلونونه نه دي راغلي. په دغه فورمه کې کوم بدلون مه راولئ، یواځې په هغه ځایونو کې بدلون امکان شته چې د خالي ځایونو د ډکولو اجازه وي.

آی آر بی د هغو معلوماتو دقت نه تصدیقوي چې تاسو یې د دغه فورمې د بشپړولو لپاره وړاندي کوئ. څېړونکي مسؤل دي چې د هیپا د څېړنې اجازه لیک په لاندې ډول په دقت سره ډک کړي:

- 1 پاڼه، B مورد: د پي ایچ آی ټولې هغه سرچینې په نښه کړئ چې کېدای شي خپرې شي
 - 2 پاڼه، C مورد:
 - أ. که د حساسو معلوماتو اړوند د 4 کټګورېو مربوط کوم معلومات راټولېږي، لومړی بکس په نښه کړئ
 - ب. بیا یوازې د هغو معلوماتو اړوند د ځانګړو بڼو بکس په نښه کړئ چې کېدای شي د څېړنې لپاره راټول شي
 - ج. یوازې د معلوماتو د ځانګړو ډولونو لپاره په لیکلې بڼه د ګډونوال نوم ترلاسه کړئ
 - 3 پاڼه، G مورد:
 - أ. یو داسې بکس په نښه کړئ چې د څېړنې د انتخابي فعالیتونو شتون او نشتون نښي
 - ب. که په څېړنه کې انتخابي فعالیتونه وي او ګډونوال له دغو فعالیتونو سره توافق وکړي، نو په لیکلې بڼه د ګډونوال نوم ترلاسه کړئ.
 - 3 پاڼه، جی مورد: د ګډونوال نوم، لاسلیک او نېټه ولیکئ؛ که د تطبیق وړ وي د لاسلیک وروسته کرښې بشپړې کړئ
 - ګډونوال ته د فورمې یوه لاسلیک شوي کاپي ورکړئ
- یادښت: د څېړنې ګډونوالو ته د دغه سند د وپشلو پر وخت، وروستی پاڼه (5 پاڼه) مه ورکړئ. له 1 څخه تر 4 پانې ذخیره، پرېنټ او وپېښئ. د وخت د ضایع کېدو د مخنیوي لپاره، دغه فورمه (د څېړنې له سرلیک او #IRB شمېرې پرته) لاله وړاندې ډکه او خوندي کړئ.