# تفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية لأغراض البحث

رقم دراسة IRB عنوان الدراسة   
اسم العميل تاريخ الميلاد   
رقم سجل العميل رقم الضمان الاجتماعي للعميل *(اختياري)*

أنا بموجب هذا،

*(العميل أو الممثل الشخصي)*

أصرح لـ *(اسم مقدم الرعاية الصحية/الخطة)* بالإفصاح عن معلومات صحية محددة

*من سجلات العميل المذكور أعلاه إلى:*

*(اسم الباحث الرئيسي/العنوان/الهاتف/الفاكس)*

لغرض الدراسة البحثية المحددة:

*(وصف الدراسة البحثية)*

المعلومات المحددة التي يجب الإفصاح عنها:

أتفهم أنه سيتم استخدام معلوماتي الصحية والإفصاح عنها للمصرح لهم بإجراء البحث، وقد يتم الإفصاح عنها أيضًا لأطراف ثالثة مصرح لها مثل ممثلي راعي البحث، ومجلس المراجعة المؤسسية (IRB)، وممثلي الوكالات الحكومية، بما في ذلك إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مكتب

حماية الأبحاث البشرية، لمراجعة البحث وللأغراض التالية:

أفهم أن هذا التفويض سينتهي في التاريخ أو الحدث أو الحالة التالية:

أفهم أنه إذا لم يتم تحديد تاريخ أو شرط انتهاء صلاحية أعلاه، فإن هذا الترخيص صالح للفترة الزمنية اللازمة لإكمال الدراسة أو لمدة تصل إلى عام واحد، أيهما أقرب. كما أفهم أنه يجوز لي إلغاء هذا الترخيص في أي وقت وسيُطلب مني توقيع *قسم الإلغاء* الموجود على ظهر هذا النموذج وإعادته إلى مقدم الرعاية الصحية أو الخطة الصحية المذكورين أعلاه. أفهم أيضًا أن الباحث الرئيسي في الدراسة قد يستمر في استخدام والإفصاح عن المعلومات الصحية التعريفية الفردية التي تم جمعها قبل تاريخ الإلغاء إذا كانت المعلومات ضرورية للحفاظ على سلامة البحث أو لأغراض الإبلاغ مثل الإبلاغ عن الأحداث السلبية.

أفهم أن معلوماتي قد لا تكون محمية من إعادة الإفصاح عنها من قبل طالب المعلومات؛ ومع ذلك، إذا كانت هذه المعلومات محمية بموجب اللوائح الفيدرالية لسرية تعاطي المخدرات و/أو قانون الصحة العقلية والإعاقات التنموية وتعاطي المخدرات لولاية كارولينا الشمالية لعام 1985، فلا يجوز للمستلم إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات دون تفويض كتابي إضافي مني ما لم ينص القانون الولائي أو الفيدرالي على خلاف ذلك.

أفهم أنه إذا كان سجلي يحتوي على معلومات تتعلق بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإيدز أو الحالات المرتبطة بالإيدز، أو تعاطي الكحول، أو تعاطي المخدرات، أو الحالات النفسية أو العقلية، أو الاختبارات الجينية، فإن هذا الإفصاح سيشمل تلك المعلومات.

كما أفهم أنه يحق لي رفض التوقيع على هذا التفويض. لن يؤثر رفضي للتوقيع على قدرتي على الحصول على العلاج أو الدفع مقابل الخدمات أو أهليتي للحصول على المزايا خارج هذه الدراسة، ولكنه سيؤدي إلى عدم قدرتي على المشاركة في الدراسة.

أفهم كذلك أنني سأحصل على نسخة من هذا التفويض الموقع.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(توقيع العميل)* |  | *(التاريخ)* |  | *(الشاهد - إذا لزم الأمر)* |
| *(توقيع الممثل الشخصي)* |  | *(التاريخ)* |  | *(علاقة/سلطة الممثل الشخصي)* |

*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\**

*ملاحظة: تم إلغاء هذا التفويض في*

*(التاريخ) (توقيع الموظف)*

# قسم الإلغاء

أطلب بموجب هذا أن يتم منح هذا التفويض للكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بـ

*(اسم العميل)*

تم التوقيع بواسطة في

(*أدخل اسم الشخص الذي وقع على التفويض) (أدخل تاريخ التوقيع)*

يصبح الإلغاء ساري المفعول اعتبارًا من أفهم أن الباحث الرئيسي في الدراسة قد يستمر في استخدام والإفصاح عن معلوماتي الصحية التي تم جمعها قبل تاريخ الإلغاء وفقًا للشروط الأصلية لهذا التفويض إذا كانت المعلومات مطلوبة للحفاظ على نزاهة البحث أو لأغراض الإبلاغ.

*(التاريخ)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(توقيع العميل)* | *(التاريخ)* |  | *(توقيع الشاهد - إذا لزم الأمر)* | |  | *(التاريخ)* |
|  |  |  | | | | |
| *(توقيع الممثل الشخصي)* | *(التاريخ)* |  | | *(علاقة/سلطة الممثل الشخصي)* | | |