# သုတေသနအတွက်ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်ပြောဆိုရန် ခွင့်ပြုချက်

IRB လေ့လာမှုအမှတ်      လေ့လာမှုခေါင်းစဉ်       လူနာအမည်       မွေးသက္ကရာဇ်       လူနာမှတ်တမ်း နံပါတ်       လူနာ၏ လူမှုဖလုံရေးနံပါတ် *(ဆန္ဒရှိလျှင်ထည့်ရန်)*

ကျွန်ုပ်သည်       ဤနေရာတွင်

*(လူနာကိုယ်စားလှယ် သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂိုလ်‌ရေးကိုယ်စားလှယ်)*

      အား အထက်ဖော်ပြပါလူနာ၏ မှတ်တမ်း

*(ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ/အစီအစဉ်အမည်)*

များမှ သီးသန့်ကျန်းမာ‌ရေးအချက်အလက်များကို ဖော်ပြပါပုဂ္ဂိုလ်ထံ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခွင့်ပြုပါသည်-

*(အဓိကသုတေသီအမည်/လိပ်စာ/ဖုန်းနံပါတ်/ဖက်စ်)*

သက်ဆိုင်သည့် သုတေသနလေ့လာမှု-

*(သုတေသနလေ့လာမှုအကြောင်း ဖော်ပြချက်)*

ထုတ်ဖော်မည့် သီးသန့်အချက်အလက်များ-     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

သုတေသနလုပ်ဆောင်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာ‌ရေးအချက်အလက်များကို အသုံးပြုပြီး သုတေသနလုပ်ဆောင်ခွင့်ရရှိသူများထံ ၎င်း အချက်အလက်များကို ထုတ်ဖော်မည်ဖြစ်ကြောင်း၊ သုတေသနလေ့လာမှုကို ပြန်လည်သုံးသပ်ရန်အတွက် ၎င်းအချက် အလက် များ ကို သုတေသနပံ့ပိုးသူ၏ ကိုယ်စားလှယ်များ၊ အဖွဲ့အစည်းဆိုင်ရာ ပြန်လည်သုံးသပ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့၊ အစားအသောက်နှင့် ဆေးဝါးကွပ် ကဲရေး ဌာန (FDA) သို့မဟုတ် လူသားသုတေသနကာကွယ်ရေးရုံးအပါအဝင် အစိုးရအဖွဲ့အစည်းများ၏ ကိုယ်စား လှယ်များထံသို့ ထုတ်ဖော်နိုင် ကြောင်းနှင့် အောက်ပါရည်ရွယ်ချက်များအတွက်လည်း ထုတ်ဖော်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်-

ဤခွင့်ပြုချက်သည် အောက်ဖော်ပြပါ ရက်စွဲ၊ အခြေအနေ သို့မဟုတ် အခြေအနေတစ်ခုတွင် သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည် ပါသည်-

အကယ်၍ အထက်တွင် သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည့်ရက်စွဲ သို့မဟုတ် အခြေအနေကို ဖော်ပြထားခြင်းမရှိပါက ဤခွင့်ပြုချက်သည် လေ့လာမှုပြီး ဆုံးရန် လိုအပ်သည့်ကာလ သို့မဟုတ် တစ်နှစ်အထိတွင် အရင်ဖြစ်သည့်ကာလအထိ အတည်ဖြစ်မည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ် သည် မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ဤခွင့်ပြုချက်ကို ရုပ်သိမ်းနိုင်ပြီး ဤဖောင်နောက်ဘက်ရှိ ရုပ်သိမ်းခြင်းဆိုင်ရာ ကဏ္ဍတွင် လက်မှတ်ရေးထိုး ကာ အထက်တွင် ဖော်ပြထားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်ထံ ပြန်လည်ပေးပို့ရမည်ကိုလည်း နားလည်ပါသည်။ ထို့အပြင် လေ့လာမှုတွင် အဓိကသုတေသီသည် ရုပ်သိမ်းသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ စုဆောင်းထားသော လူတစ်ဦးချင်းဖော် ထုတ်နိုင်သည့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို လေ့လာမှု၏တည်မြဲမှုအတွက် သို့မဟုတ် ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများအစီရင်ခံခြင်းကဲ့သို့သော အစီရင်ခံမှုများအတွက် လိုအပ်ပါက ဆက်လက်အသုံးပြုနိုင်သည်ကို နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏အချက်အလက်များကို အချက်အလက်တောင်းခံသူမှ ပြန်လည်ဖော်ပြခြင်းမှ ကာကွယ်မည်မဟုတ်ကြောင်း၊ သို့သော်၊ အကယ်၍ ဤအချက်အလက်များကို ဖက်ဒရယ်မူးယစ်ဆေးဝါးဆိုင်ရာ လျှို့ဝှက်မှုစည်းမျဉ်းများ နှင့်/သို့မဟုတ် NC စိတ်ကျန်းမာရေး၊ ဖွံ့ဖြိုးမှုဆိုင်ရာ မသန်စွမ်းမှုနှင့် မူးယစ်ဆေးဝါးဆိုင်ရာ 1985 အက်ဥပဒေတို့ဖြင့် ကာကွယ်ထားပါက အချက်အလက်လက်ခံရရှိသူသည် ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ အခြားသတ်မှတ်ချက်များမရှိပါက ကျွန်ုပ်၏နောက်ထပ်ရေးထိုးခွင့်ပြုချက်မပါဘဲ ထိုအချက်အလက်များကို ပြန်လည်ဖော်ပြ၍မရနိုင်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

အကယ်၍ ကျွန်ုပ်၏မှတ်တမ်းတွင် HIV ပိုးကူးစက်မှု၊ AIDS သို့မဟုတ် AIDS နှင့်ဆက်စပ်သောအခြေအနေများ၊ အရက်စွဲခြင်း၊ မူးယစ် ဆေးစွဲခြင်း၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် စိတ်ရောဂါဆိုင်ရာအခြေအနေများ သို့မဟုတ် ဗီဇဆိုင်ရာစမ်းသပ်မှုများနှင့်သက်ဆိုင်သောအချက် အလက်များ ပါဝင်ပါက ဤထုတ်ဖော်ခြင်းတွင် ထိုအချက်အလက်များလည်း ပါဝင်မည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် ဤခွင့်ပြုချက်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးရန် ငြင်းဆိုနိုင်ကြောင်းကိုလည်း နားလည်ပါသည်။ လက်မှတ်ရေးထိုးရန် ငြင်းဆိုခြင်းသည် ဤလေ့လာမှုပြင်ပရှိ ကုသမှုခံယူခွင့်၊ ဝန်ဆောင်မှုအတွက် ငွေပေးချေမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိမှုအပေါ် သက်ရောက်မှုမရှိသော် လည်း ကျွန်ုပ်အား ဤလေ့လာမှုတွင် ပါဝင်ခွင့်မရှိစေရန် ဖြစ်ပေါ်စေမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်အား ဤလက်မှတ်ရေးထိုးပြီးသော ခွင့်ပြုချက်၏ မိတ္တူတစ်စောင်ကို ပေးမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(လူနာ၏ လက်မှတ်)* |  | *(ရက်စွဲ)* |  | *(သက်သေ-လိုအပ်လျှင်)* |
| *(ကိုယ်‌ရေးကိုယ်တာ ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်)* |  | *(ရက်စွဲ)* |  | *(ကိုယ်‌ရေးကိုယ်တာ ကိုယ်စားလှယ်နှင့် တော်စပ်ပုံ/အခွင့်အာဏာ)* |

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

*မှတ်ချက်- ဤခွင့်ပြုချက်ကို အောက်ပါအချိန်တွင် ရုပ်သိမ်းခဲ့သည်*

*(ရက်စွဲ) (ဝန်ထမ်း၏ လက်မှတ်)*

# ရုပ်သိမ်းခြင်း အပိုင်း

ဤတွင် ကျွန်ုပ်သည် ၏ ကျန်းမာရေးက်ကိုအချက်အလက်များ ထုတ်ဖော်ခွင့်ပြုချ

*(ဖောက်သည်အမည်)*

တွင် လက်မှတ်ထိုးထားသော      ဤခွင့်ပြုချက်အား ပယ်ဖျက်ရန်

*(ခွင့်ပြုချက်လက်မှတ်ထိုးသူအမည်) (လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲ)*

စတင်အကျုံးဝင်သည့်ရက်စွဲ      ထိုအချက်အလက်များကို သုတေသန၏ တည်မြဲမှုအတွက် သို့မဟုတ် အစီရင်ခံရန်

*(ရက်စွဲ)*

လိုအပ်ပါက ဤလေ့လာမှုရှိ အဓိကသုတေသီသည် ပယ်ဖျက်သည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ စုဆောင်းထားသော ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ပိုင်ဖော်ထုတ်နိုင်သည့် ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို ဤခွင့်ပြုချက်၏ မူရင်းသတ်မှတ်ချက်များအတိုင်း ဆက်လက်အသုံးပြုနိုင်ပြီး ထုတ်ဖော်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(လူနာ၏လက်မှတ်)* |  | *(ရက်စွဲ)* |  | *(သက်သေ၏လက်မှတ် -လိုအပ်လျှင်)* |  | *(ရက်စွဲ)* |
|  |  |  |  |
| *(ကိုယ်‌ရေးကိုယ်တာ ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်)* |  | *(ရက်စွဲ)* |  | *(ကိုယ်‌ရေးကိုယ်တာ ကိုယ်စားလှယ်နှင့် တော်စပ်ပုံ/အခွင့်အာဏာ)* |