# مجوز افشای معلومات سلامت برای تحقيق

شماره تحقیق IRB عنوان تحقيق نام مراجعه کننده تاریخ تولد شماره سوابق مراجعه کننده شماره SS مراجعه کننده *(اختیاری)*

من بدینوسیله اجازه می دهم

*(مراجعه کننده یا وکیل خصوصی)*

معلومات صحی خاص از سوابق مراجعه کننده فوق به فرد ذیل افشا شود:

*(نام ارائه دهنده/طرح مراقبت‌های بهداشتی)*

*(نام/آدرس/تلفن/فکس محقق اصلی)*

برای مطالعه تحقیقاتی خاص:

*(شرح مطالعه تحقیقاتی)*

معلومات خاصی که باید افشا شود:

من می دانم که معلومات صحت من برای کسانی که مجاز به انجام تحقیق هستند، استفاده و افشا خواهد شد، و همچنین ممکن است برای اشخاص ثالث مجاز مانند نمایندگان حامی تحقیق، هیئت بررسی نهادی و نمایندگان سازمان‌های دولتی، از جمله سازمان غذا و دارو (FDA) یا دفتر تحقیقات انسانی، افشا شود.

حمایت‌ها، برای بررسی تحقیقات و برای اهداف زیر:

من می دانم که این مجوز در تاریخ، رویداد یا شرایط زیر منقضی خواهد شد:

من می دانم که اگر تاریخ انقضا یا شرایط در بالا ذکر نشده باشد، این مجوز برای مدت زمان لازم برای تکمیل مطالعه یا تا یک سال، هر کدام که زودتر باشد، معتبر است. همچنین می دانم که می‌توانم این مجوز را در هر زمانی لغو کنم و از من خواسته خواهد شد که *بخش لغو* را در پشت این فورم امضا کنم و آن را به ارائه دهنده خدمات صحی یا پلان صحی فوق الذکر برگردانم. من همچنین می دانم که محقق اصلی در این مطالعه می‌تواند به استفاده و افشای معلومات صحی فردی جمع‌آوری‌شده قبل از تاریخ لغو ادامه دهد، در صورتی که این معلومات برای حفظ تمامیت تحقیق یا برای اهداف گزارش‌دهی مانند گزارش عوارض جانبی ضروری باشد.

من می دانم که معلومات من ممکن است توسط درخواست‌کننده معلومات از افشای مجدد محافظت نشود؛ با این حال، اگر این معلومات توسط مقررات محرمانگی سوءمصرف مواد فدرال و/یا قانون صحت روانی، معلولیت‌های رشدی و سوءمصرف مواد کارولینای شمالی مصوب 1985 محافظت شود، دریافت کننده نمی‌تواند چنین معلوماتی را بدون اجازه کتبی بیشتر من دوباره افشا کند، مگر اینکه قانون ایالتی یا فدرال طور دیگری مقرر کرده باشد.

من می دانم که اگر سوابق من حاوی معلوماتی مربوط به عفونت HIV، ایدز یا امراض مرتبط با ایدز، سوءمصرف الکل، سوءمصرف مواد مخدر، امراض روانی یا روانپزشکی یا آزمایش جنتیک باشد، این افشاگری شامل آن معلومات نیز خواهد شد.

همچنین می دانم که می‌توانم از امضای این مجوز خودداری کنم. امتناع من از امضا، بر توانایی من برای دریافت تداوی، پرداخت هزینه خدمات یا واجد شرایط بودن من برای مزایای خارج از این مطالعه تأثیری نخواهد گذاشت، اما باعث عدم امکان شرکت من در مطالعه خواهد شد.

همچنین می دانم که یک نسخه از این مجوز امضا شده به من داده خواهد شد.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(امضای مراجعه کننده)* |  | *(تاریخ)* |  | *(شاهد - اگر ضروری باشد)* |
| *(امضای نماینده شخصی)* |  | *(تاریخ)* |  | *(رابطه/اختیارات نماینده شخصی)* |

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

*یادداشت: این مجوز لغو شد بتاریخ*

*(تاریخ) (امضای کارمند)*

# بخش فسخ

بدینوسیله درخواست می کنم که این مجوز به اشتراک گذاشتن معلومات صحی

*(نام مراجعه کننده)*

امضا شده توسط بتاریخ

*(نام شخصی که مجوز را امضا کرده است را وارد کنید)* (تاریخ امضا را وارد کنید)

لغو شود، از تاریخ من می دانم که اگر معلومات صحی شخصی من برای حفظ تمامیت تحقیق یا برای اهداف گزارش‌دهی ضروری باشد، محقق اصلی در این مطالعه/تحقیق می تواند به استفاده و افشای این معلومات که قبل از تاریخ لغو طبق شرایط اولیه این مجوز جمع آوری شده است، ادامه دهد.

*(تاریخ)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(امضای مراجعه کننده)* |  | *(تاریخ)* |  | *(امضای شاهد-اگر ضروری باشد)* | |  | *(تاریخ)* |
|  |  |  |  | | | | |
| *(امضای نماینده شخصی)* |  | *(تاریخ)* |  | | *(روابط/اختیارات نماینده شخصی)* | | |