# تحقیق کے لیے صحت سے متعلق معلومات کے افشاء کی اجازت

IRB مطالعہ # مطالعہ کا عنوان

کلائنٹ کا نام تاریخ پیدائش

کلائنٹ کا ریکارڈ # کلائنٹ SS # *(اختیاری)*

میں بذریعہ ہذا اجازت دیتا ہے

*(کلائنٹ یا ذاتی نمائندہ)*

 مذکور بالا کلائنٹ کے ریکارڈ سے صحت کی مخصوص معلومات کے افشاء کے لیے:

*(نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا نام /پلان)*

*(صدر تحقیق کنندہ کا نام/پتہ/فون/فیکس)*

مخصوص تحقیقی مطالعہ کے لیے:

*(تحقیقی مطالعہ کی تفصیل)*

افشاء کے لیے مخصوص معلومات:

میں سمجھتا ہوں کہ میری صحت کی معلومات ان لوگوں کے لیے استعمال اور افشاء کی جائیں گی جو تحقیق کرنے کے مجاز ہیں، اور اس کا انکشاف بااختیار فریق ثالث جیسے کہ تحقیق کے کفیل کے نمائندوں، ادارہ جاتی جائزہ بورڈ اور سرکاری اداروں کے نمائندوں بشمول فوڈ اینڈ ڈرگ ایڈمنسٹریشن (FDA) یا دفتر برائے تحفظ تحقیق انسانی کے لیے بھی کیا جا سکتا ہے، تاکہ تحقیق کا جائزہ لیا جا سکے اور درج ذیل مقاصد کے لیے استعمال کیا جا سکے:

میں سمجھتا ہوں کہ اس اجازت کی مدت درج ذیل تاریخ، واقعہ یا شرط پر ختم ہو جائے گی:

میں سمجھتا ہوں کہ اگر میعاد ختم ہونے کی تاریخ یا شرط اوپر بیان نہیں کی گئی ہے، تو یہ اجازت نامہ مطالعہ کو مکمل کرنے کے لیے درکار وقت کے لیے یا ایک سال تک، جو بھی جلد ہو، درست ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ میں کسی بھی وقت اس اجازت کو منسوخ کر سکتا ہوں اور یہ کہ مجھ سے اس فارم کے پچھلے حصے میں *منسوخی کے سیکشن* پر دستخط کرنے اور اسے نگہداشت صحت فراہم کنندہ یا اوپر دیئے گئے ہیلتھ پلان کو واپس کرنے کو کہا جائے گا۔ میں مزید سمجھتا ہوں کہ مطالعہ میں صدر تحقیق کنندہ منسوخی کی تاریخ سے پہلے اکٹھی کی گئی انفرادی طور پر شناخت کرنے والی صحت کی معلومات کو استعمال کرنا اور ظاہر کرنا جاری رکھ سکتا ہے اگر یہ تحقیق کی سالمیت کو برقرار رکھنے یا رپورٹنگ کے مقاصد جیسے کہ منفی واقعات کی رپورٹنگ کے لیے معلومات کی ضروری ہو۔

میں سمجھتا ہوں کہ معلومات کے درخواست کنندہ کے ذریعہ میری معلومات کو دوبارہ افشاء کرنے سے محفوظ نہیں رکھا جاسکتا ہے؛ تاہم، اگر یہ معلومات وفاقی نشیلی اشیاء کے استعمال کی رازداری کے ضوابط اور/یا NC دماغی صحت، نشوونما سے متعلق معذوری اور ممنوعہ اشیاء کے بیجا استعمال سے متعلق ایکٹ 1985 کے ذریعے محفوظ ہے، تو وصول کنندہ میری مزید تحریری اجازت کے بغیر اس طرح کی معلومات کو دوبارہ ظاہر نہیں کر سکتا جب تک کہ ریاست یا وفاقی قانون کے ذریعے فراہم نہ کیا جائے۔

میں سمجھتا ہوں کہ اگر میرے ریکارڈ میں HIV انفیکشن، ایڈز، یا ایڈز سے متعلق حالات، شراب نوشی، منشیات کے بیجا استعمال، نفسیاتی یا نفسیاتی حالات، یا جینیاتی جانچ سے متعلق معلومات شامل ہیں تو اس انکشاف میں وہ معلومات شامل ہوں گی۔

میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اس اجازت نامے پر دستخط کرنے سے انکار کر سکتا/سکتی ہوں۔ دستخط کرنے سے میرا انکار علاج حاصل کرنے کی میری صلاحیت، سروسز کے لیے ادائیگی، یا اس مطالعہ سے باہر فوائد کے لیے میری اہلیت کو متاثر نہیں کرے گا لیکن نتیجتا میں مطالعہ میں حصہ لینے کے قابل نہیں رہوں گا۔

میں مزید سمجھتا ہوں کہ مجھے اس دستخط شدہ اجازت نامے کی ایک کاپی دی جائے گی۔

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(کلائنٹ کے دستخط)* |  | *(تاریخ)* |  | *(گواہ - اگر ضرورت ہو)* |
| *(ذاتی نمائندے کے دستخط)* |  | *(تاریخ)* |  | *(ذاتی نمائندہ سے رشتہ/اختیار)* |

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

*نوٹ: اس اجازت کو درج ذیل تاریخ کو منسوخ کر دیا گیا تھا*

*(تاریخ) (عملے کے دستخط )*

# تنسیخ کا سیکشن

میں بذریعہ ہذا درخواست کرتا ہوں کہ اس اجازت کو

*(کلائنٹ کا نام )*

دستخط بذریعہ پر

 ( *اجازت نامے پر دستخط کرنے والے شخص کا نام درج کریں) (دستخط کی تاریخ درج کریں)*

منسوخ کیا جائے، مؤثر میں سمجھتا ہوں کہ مطالعہ میں صدر تحقیق کنندہ میری انفرادی طور پر شناخت کرنے والی صحت کی معلومات کا استعمال اور افشاء کرنا جاری رکھ سکتا ہے جو اس اجازت کی اصل شرائط کے مطابق منسوخی کی تاریخ سے پہلے جمع کی گئی تھی اگر یہ تحقیق کی سالمیت کو برقرار رکھنے یا رپورٹنگ کے مقاصد کے لیے معلومات کی ضروری ہو۔

*(تاریخ)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(کلائنٹ کے دستخط)* | *(تاریخ)* |  | *(گواہ کے دستخط - اگر ضرورت ہو)* |  | *(تاریخ)* |
|  |  |  |
| *(ذاتی نمائندے کے دستخط)* | *(تاریخ)* |  | *(ذاتی نمائندہ سے رشتہ/ اختیار)* |