

ج. هل ينبغي علي منح الإذن الخاص بي لبعض الاستخدامات محددة؟
نعم. سيتم نشر المعلومات التالية فقط في حالة إعطائك الإذن الخاص بك من خلال كتابة حروف اسمك الأولى على السطر (الأسطر).

أنا أوافق على نشر المعلومات المتعلقة بإساءة استخدام المخدرات والكحول، أو التشخيص أو العلاج.
أنا أوافق على نشر معلومات اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) / الإيدز.
أنا أوافق على نشر معلومات الاختبارات الجينية.
أنا أوافق على نشر المعلومات المتعلقة بتشخيص الصحة العقلية أو العلاج.

د. من سيكشف عن و / أو سيستلم المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بي؟؟
قد يتم مشاركة المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بك مع الأشخاص المعنيين بالأغراض التالية:

- أ. لفريق البحث من أجل البحث المبين في نموذج الموافقة المرفق؛
- ب. لأخرين عاملين بجامعة كاليفورنيا ولديهم سلطة الإشراف على البحث
- ت. لأخرين حسب ما يقتضيه القانون لمراجعة جودة وسلامة البحث، بما في ذلك: الوكالات الحكومية التابعة للولايات المتحدة، مثل إدارة الأغذية والعقاقير أو مكتب حماية البحوث المتعلقة بالإنسان، أو الجهة الراعية للبحث (أدخل اسم الجهة الراعية) أو ممثلي الجهة الراعية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر (أدخل اسم هيئة البحوث الإكلينيكية (CRO) أو الوكالات الحكومية في بلاد أخرى.

هـ. كيف سيتم مشاركة المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بي من أجل البحث؟
في حالة موافقتك على تلك الدراسة، سيشارك فريق البحث المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بك من أجل ما يلي:

1. لإجراء البحث
2. مشاركتها مع الباحثين في الولايات المتحدة أو بلاد أخرى؛
3. استخدامها لتحسين وضع الدراسات المستقبلية؛
4. مشاركتها مع شركاء العمل التابعين للجهة الراعية؛ أو
5. تقديم طلبات أمام الولايات المتحدة أو وكالات حكومية أجنبية للحصول على الموافقة على تناول عقارات ومنتجات رعاية صحية جديدة.

و. هل يتعين علي توقيع هذا المستند؟
لا، لن يُطلب منك توقيع هذا المستند. ستتلقى الرعاية الطبية ذاتها في حالة عدم توقيعك على هذا المستند. على الرغم من ذلك، في حالة عدم توقيعك لهذا المستند، لن تتمكن من المشاركة في هذه الدراسة البحثية.

ز. نشاط البحث الاختياري
في حالة إن تضمن البحث الذي وافقت على المشاركة فيه نشاط بحثي اختياري إضافي مثل إنشاء قاعدة بيانات، أو مركز الباثولوجيا أو أنشطة أخرى، كما سُرح لي في عملية الموافقة المُعلن عنها، أدرك أنني أتمكن من اختبار الموافقة على مشاركة معلوماتي من أجل استخدامها في تلك الأنشطة أو لا.

أنا أوافق على السماح بالكشف عن معلوماتي من أجل الأنشطة البحثية الاختيارية الإضافية الموضحة في عملية الموافقة المُعلن عنها.



ح. هل ينتهي سريان الإذن الخاص بي؟
ينتهي سريان الإذن المُخصص لنشر المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بك بمجرد الانتهاء من البحث وجميع عمليات الإشراف المطلوبة عليه.

ط. هل يمكنني إلغاء الإذن الخاص بي؟

يمكنك إلغاء الإذن الخاص بك في أي وقت شئت. ويمكنك القيام بذلك بطريقتين. إما الكتابة إلى الباحث أو طلب نموذج من فريق البحث لتقديمه من أجل إلغاء الإذن الخاص بك. في حالة إلغائك للإذن الخاص بك، ربما لم تتمكن من المشاركة في الدراسة البحثية. قد تحتاج طرح استفسارات على شخص من فريق البحث في حالة تأثير قرار الإلغاء على العلاج الطبي الخاص بك. في حالة إلغائك، قد يستمر استخدام المعلومات التي تم تجميعها وكشفها عنك لأغراض محدودة. أيضاً، حسب ما يقتضيه القانون، قد تواصل الجهة الراعية والوكالات الحكومية الاطلاع على سجلاتك الطبية لمراجعة جودة وسلامة الدراسة.

ك. توقيع

الشخص المعني

في حالة موافقتك على استخدام ونشر المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بك، يرجى طباعة اسمك وتوقيعك أدناه. ستمنح نسخة موقعة من هذا النموذج.

اسم الشخص المعني (مطبوع) -- مطلوب

التاريخ

توقيع الشخص المعني

ولي الأمر و ممثل مفوض له قانوناً

في حالة موافقتك على استخدام ونشر المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بالشخص المعني الوارد اسمه أعلاه، يرجى طباعة اسمك وتوقيعك أدناه.

اسم ولي الأمر أو ممثل مفوض له قانوناً (مطبوع)

العلاقة بالشخص المعني

التاريخ

توقيع ولي الأمر أو ممثل مفوض له قانوناً

الشاهد

في حالة قراءة هذا النموذج للشخص المعني نظرًا لعدم قدرتها / قدرته على قرأته، يجب حضور الشاهد ويُطلب منه طباعة اسمه وتوقيعه هنا:

اسم الشاهد (مطبوع)

توقيع الشاهد

التاريخ