

**Upoważnienie do wykorzystania lub ujawnienia chronionych informacji dotyczących zdrowia do celów badawczych**

(Do użytku ze skróconym formularzem zgody)

Imię: \_\_\_\_\_ Numer pacjenta lub data urodzenia: \_\_\_\_\_

**Niniejszym upoważniam Uniwersytet Yale do wykorzystania lub ujawnienia moich chronionych informacji dotyczących zdrowia zaznaczonych poniżej do celów uczestnictwa w badaniach naukowych (do uzupełnienia przez personel badań):**

Tytuł badań: \_\_\_\_\_

Protokół Komisji ds. etyki w badaniach z udziałem ludzi#: \_\_ Główny badacz badań: \_\_\_\_\_

**Informacje mogą być udostępnione na okres od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dokumentacja badań          | <input type="checkbox"/> Rejestr prześwietleń rentgenowskich | <input type="checkbox"/> Notatki i wyniki testów związane z: |
| <input type="checkbox"/> Historia i badania fizyczne | <input type="checkbox"/> Rejestr konsultacji/notatki         | _____  |
| <input type="checkbox"/> Szczepienia                 | <input type="checkbox"/> Informacje dotyczące recept         | <input type="checkbox"/> Inne/komentarze: _____              |
| <input type="checkbox"/> Raport laboratoryjny        |  | _____  |

**Rozumiem, że informacje dotyczące zdrowia mogą zawierać informacje wrażliwe. Podpisując ten formularz upoważniam szczególnie do ujawnienia informacji związanych z:**

- Informacje dotyczące leczenia uzależnień
- Informacje dotyczące wirusa HIV, włączając testy związane z AIDS
- Informacje dotyczące zdrowia psychicznego

Poufność tej dokumentacji jest wymagana zgodnie z rozdziałem 899 Statutu Generalnego Stanu Connecticut jak również częścią 42 kodeksu Stanów Zjednoczonych. Nikomu nie wolno przekazywać tego materiału bez pisemnej zgody lub upoważnienia wydanego zgodnie z tymi statutami.

**Podpis** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Dokumentacja może być wykorzystana przez lub ujawniona do następujących:**

- Urzędy Amerykańskiego Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej
- Przedstawiciele z Uniwersytetu Yale, uniwersytecki program ochrony badań z udziałem ludzi, każda zewnętrzna Komisja do spraw etyki lekarskiej recenzująca w imieniu Uniwersytetu Yale oraz odpowiedzialni za badania i nadzór finansowy
- Świadczeniodawcy, którzy uczestniczą w systemie elektronicznej kartoteki medycznej
- Główny badacz badań oraz zespół badawczy
- Amerykańska Agencja Żywności i Leków
- Fundator badań lub producent badanego leku/urządzenia
- Władze regulacyjne rynku leków w innych krajach
- Personel udzielający Panu/i świadczeń zdrowotnych w związku z tymi badaniami
- Laboratoria oraz osoby indywidualne i organizacje które analizują Pańskie informacje dotyczące zdrowia w związku z tymi badaniami oraz według planu tych badań.
- Komitety monitorujące dane i bezpieczeństwo oraz inni upoważnieni do monitorowania przebiegu badań
- Inne wymienione: \_\_\_\_\_

1. Rozumiem, że to upoważnienie wygasa po \_\_latach/nigdy. Kopia tego formularza jest uznawana za równie ważną jak oryginał.
2. Rozumiem, że w każdej chwili mogę unieważnić to upoważnienie zawiadamiając Głównego Badacza badań lub zespół badawczy, wówczas upoważnienie traci ważność z datą zawiadomienia, chyba, że działania zostały już przedsięwzięte w oparciu o to upoważnienie. Mogę również wystać unieważnienie do: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. Rozumiem, że informacje wykorzystane lub ujawnione zgodnie z tym upoważnieniem mogą być przedmiotem ponownego ujawnienia przez odbiorcę i niechronione przez federalne przepisy prywatności. Jednakże inne prawa stanowe i federalne mogą zabraniać odbiorcy ujawnienia chronionych informacji szczególnie takich jak: informacje dotyczące leczenia uzależnień, informacje dotyczące HIV i AIDS oraz informacje dotyczące zdrowia psychicznego.
4. Podpisanie tego upoważnienia nie będzie mieć wpływu na moją opiekę zdrowotną i płatności ze opiekę zdrowotną.
5. Rozumiem, że odmowa podpisania tego upoważnienia nie odbierze mi prawa do uzyskania teraźniejszego lub przyszłego leczenia upośledzeń psychiatrycznych, chyba, że ujawnienie tych informacji jest konieczne do leczenia.
6. Rozumiem, że po podpisaniu tego formularza otrzymam jego kopię.

**Ja, niżej podpisany/a stwierdzam, że przeczytałem/łam i rozumiem to upoważnienie.**

ALBO

**Podpis pacjenta**

**Rodzic/Opiekun prawny/Osoba upoważniona**

Data

---

Pokrewieństwo z pacjentem