

UCI IRB ቁጥር

የካሊፎርኒያ ዩኒቨርሲቲ ኢርቪን የጤና የግል የጤና መረጃን ለምርምር የመጠቀም ፈቃድ

የጥናት ርዕስ (ወይንም የ IRB ማረጋገጫ ቁጥር፤ ምናልባት የጥናቱ ርዕስ የፈቃድን ግላዊነት የሚጥስ

ከሆነ):

የዋና ተመራማሪ ስም:-

የገንዘብ ድጋፍ ሰጪ ኤጀንሲ (የተደገፈ ከሆነ):

ሀ. የዚህ ቅጽ አላማ ምንድን ነው?

የክልል እና ፌዴራል መንግስት ህጎች የግል ጤናዎ መረጃ ይፋ እንዳይሆን እና ጥቅም ላይ እንዳይውል ጥበቃን ያደርጋሉ። በእነዚህ ህጎች መሰረት፣ የካሊፎርኒያ ዩኒቨርሲቲም ሆነ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎ ያለእርስዎ ፈቃድ የጤና መረጃዎን ለምርምር ዓላማ መጠቀም አይችሉም። የጤና መረጃዎ ለጥናት እና ምርምር ቡድኑ ይህም በዩኒቨርሲቲው ለተቀጠሩ ሰዎች ወይም በድጋፍ ሰጪው አካል ጥናቱን እንዲሠሩ እና ጥናቱን እንዲቆጣጠሩ ስልጣን ለተሰጣቸው ሰዎች ይፋ ይሆናል። ፈቃድዎን ለመስጠት እና በጥናቱ ለመሳተፍ ከወሰኑ፣ ይህንን ቅጽ እንዲሁም የስምምነት ቅጹን መፈረም አለብዎት። ይህ ቅጽ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች የእርስዎን መረጃ ከተመራማሪው፣ ከተመራማሪው ቡድን፣ ከድጋፍ አድራጊው እና ከጥናት ተቆጣጣሪዎች ጋር የሚያጋሩባቸውን የተለያዩ መንገዶች ይገልጻል። በተያያዘው የስምምነት ቅጽ ላይ እንደተገለጸው የምርምር ቡድኑ የእርስዎን መረጃ ይጠቀማል እንዲሁም ይጠብቃል። ነገር ግን አንዴ የጤና መረጃዎ በካሊፎርኒያ ዩኒቨርሲቲ ኢርቪን ጤና (UC Irvine Health) ከተለቀቀ፣ በግላዊነት ህጎች የተጠበቀ ላይሆን እና ለሌሎችም ሊጋራ ይችላል። ጥያቄዎች ካልዎት የምርምር ቡድኑን አባል ይጠይቁ።

ለ. ምን አይነት የግል የጤና መረጃ ይፋ ይሆናል?

ፈቃድዎን ከሰጡ እና በዚህ ቅጽ ላይ ከፈረሙ፣ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎ የሚከተሉትን የግል ህክምና መረጃዎች እንዲለቅ እየፈቀዱ ነው። የግል የጤና መረጃዎ በህክምና መዝገብ ላይ ያለውን የጤና መረጃ፣ የክፍያ መረጃ እና እርስዎን ሊለዩ የሚችሉ መረጃዎችን ያካትታል።

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ሙሉ የህክምና መረጃ | <input type="checkbox"/> የላብ እና ፓታሎጂ ውጤቶች | <input type="checkbox"/> የድንገተኛ ክፍል መረጃዎች |
| <input type="checkbox"/> ከህክምና ጣቢያ ወጪ የተደረገ የህክምና መረጃ | <input type="checkbox"/> የጥርስ ህክምና ውጤቶች | <input type="checkbox"/> የክፍያ መረጃዎች |
| <input type="checkbox"/> የክትትል ማስታወሻዎች | <input type="checkbox"/> የቀዶ ህክምና መግለጫ | <input type="checkbox"/> የህክምና የምስል ውጤቶች |
| <input type="checkbox"/> ሌሎች የምርመራ ውጤቶች | <input type="checkbox"/> የህክምና ማጠቃለያ መግለጫ | <input type="checkbox"/> የህክምና ታሪክ እና አካላዊ ምርመራ |
| <input type="checkbox"/> ሌላ (ይግለጹ): | <input type="checkbox"/> የህኪም ጉብኝት | <input type="checkbox"/> የስነ-ልቦና ምርመራዎች |
- Type Here
- (የሌላ የጤና መረጃ መግለጫ)

ሐ. ለተወሰኑ ልዩ አገልግሎቶች ፈቃዴን መስጠት አለብኝ?

አዎ። የሚከተለው መረጃ የሚለቀቀው የስምዎን መነሻ ፊደላት በመስመር(ዎች) ላይ በመጻፍ የተለየ ፍቃድ ከሰጡ ብቻ ነው።

- _____ የአደንዛዥ ዕፅ እና አልኮል አላግባብ መጠቀም ምርመራን ወይም ህክምናን በተመለከተ መረጃ ለመስጠት ተስማምቻለሁ።
- _____ የኤችአይቪ/ኤድስ ምርመራ መረጃ እንዲሰጥ ተስማምቻለሁ።
- _____ የዘረ-መል ምርመራ መረጃን እንዲሰጥ ተስማምቻለሁ።
- _____ የአዕምሮ ጤና ምርመራን ወይም ህክምናን በተመለከተ መረጃ እንዲሰጥ ተስማምቻለሁ።

መ. የግል የጤና መረጃዬን የሚሰጠው እና/ወይም የሚቀበለው ማነው?

ለሚከተሉት ዓላማዎች የእርስዎ የግል የጤና መረጃ ለአንዚህ ሰዎች ሊጋራ ይችላል፡-

1. ለተመራማሪው ቡድን በተያያዘው የስምምነት ቅጽ ላይ ለተገለፀው ምርመራ፤
2. በካሊፎርኒያ ዩኒቨርሲቲ (UC) ውስጥ ላሉ ሌሎች ምርመራን የመቆጣጠር ስልጣን ላላቸው፤
3. የምርመራን ጥራት እና ደህንነት እንዲገመገሙ በሕግ ለሚገደዱ ሌሎች አካላት፤
 የሚከተሉትን ጨምሮ፡- እንደ የምግብ እና የመድኃኒት አስተዳደር ወይም የሰው ምርመራ ጥበቃ ቢሮ ያሉ የአሜሪካ መንግስት ኤጀንሲዎች፤ ምርመራን በገንዘብ ለሚደግፉ ወይም ለተወካዮቻቸው፤ ወይም በሌሎች አገሮች ለሚገኙ የመንግስት ኤጀንሲዎች።

ሠ. የግል የጤና መረጃዬ ለምርመራ እንዴት ይጋራል?

በዚህ ጥናት ውስጥ ለመሳተፍ ከተስማሙ፣ የምርምር ቡድኑ የእርስዎን የግል የጤና መረጃ በሚከተሉት መንገዶች ሊያጋራ ይችላል።

1. ምርምሩን ለማካሄድ፣
2. በዩኤስ ወይም በሌሎች አገሮች ላሉ ተመራማሪዎች ለማጋራት፣
3. ወደፊት የሚካሄዱ ጥናቶች ዲዛይን ለማሻሻል ለመጠቀም፣
4. ለድጋፍ ሰጪው የንግድ አጋሮች ለማጋራት፣ ወይም
5. ለአሜሪካ ወይም ለውጭ መንግስት ኤጀንሲዎች ለአዳዲስ መድሃኒቶች ወይም የጤና እንክብካቤ ምርቶች ፈቃድ ለማግኘት ማመልከቻ ለማስገባት።

ረ. በዚህ ሰነድ ላይ መፈረም አለብኝ?

አይ፣ ይህን ሰነድ መፈረም አይጠበቅብዎትም። ይህንን ሰነድ ባይፈረሙም ተመሳሳይ የህክምና እንክብካቤ ያገኛሉ። ሆኖም ሰነዱን ካልፈረሙ በዚህ ጥናት ላይ መሳተፍ አይችሉም።

ሰ. አማራጭ የምርምር ተግባር

በመረጃ ፍቃድ ሂደት ውስጥ እንደተገለጸልኝ ለመሳተፍ የምስማማው ጥናት እንደ መረጃን ማከማቻት እና የሕዋሳት ማከማቻት ወይም ሌሎች ተግባራት ያሉ ተጨማሪ አማራጭ የምርምር ተግባራትን የሚያካትት ከሆነ፣ በመረጃ ላይ የተመሰረተ የስምምነት ሂደት ላይ እንደተገለጸልኝ፣ ለእነዚያ አማራጭ ተግባራት መረጃዎን ለማጋራት ወይም ላለማጋራት ለመስማማት መምረጥ እንደምችል ተረድቻለሁ።

መረጃዬ በመረጃ ፍቃድ የስምምነት ሂደት ውስጥ ለተገለጹት ተጨማሪ የምርምር ተግባራት ጥቅም ላይ እንዲውል ተስማምቻለሁ።

ሸ. የፈቃዴ ጊዜ መቼ ያበቃል?

የግል የጤና መረጃዎን ለመስጠት የሰጡት ፈቃድ ጥናቱ ሲያልቅ እና ሁሉም አስፈላጊ ክትትሎች ሲያልቁ ያበቃል።

ቀ. ፈቃዴን መሰረዝ እችላለሁ?

ፈቃድዎን በማንኛውም ጊዜ መሰረዝ ይችላሉ። ይህንን በሁለት መንገዶች ማድረግ ይችላሉ። ለተመራማሪው ቀጥታ መጻፍ ይችላሉ ወይም በምርምር ቡድኑ ውስጥ ያለ ሰው ፈቃድዎን ለመሰረዝ የሚሞሉትን ቅጽ እንዲሰጥዎት መጠየቅ ይችላሉ። ፈቃድዎን ከሰረዙ በኋላ የምርምር ጥናቱ አካል ላይሆኑ ይችላሉ። ፈቃድዎን መሰረዝዎ በህክምናዎ ላይ ተጽዕኖ የሚፈጥር መሆኑን በተመራማሪው ቡድን ውስጥ ያለን ሰው መጠየቅ ሊኖርብዎት ይችላል። ፈቃድዎን ከሰረዙ በኋላም ስለእርስዎ አስቀድሞ የተሰበሰበ እና ይፋ የሆነ መረጃ ለተወሰኑ ዓላማዎች ጥቅም ላይ መዋሉን ሊቀጥል ይችላል። እንዲሁም፣ ህጉ የሚያስገድድ ከሆነ ድጋፍ

አድራጊው እና የመንግስት ኤጀንሲዎች የጥናቱ ጥራት እና ደህንነት ለመገምገም የህክምና መዝገቦችዎን መመልከታቸውን ሊቀጥሉ ይችላሉ።

በ. ፈርማ

ርዕስ ጉዳይ

የግል የጤና መረጃዎ ጥቅም ላይ እንዲውል እና ይፋ እንዲሆን ከተስማሙ፣ እባክዎን ከዚህ በታች ስምዎን ጽፈው ይፈርሙ። የዚህ ቅጽ የተፈረመ ቅጂ ይሰጥዎታል።

የፈቃድ ስም (ጽሁፍ)-----የሰፈራጋል

የፈቃድ ፊርማ

ቀን

ወላጅ ወይም ህጋዊ ፍቃድ ያለው ተወካይ

ከዚህ በላይ ስሙ የተጠቀሰው ግለሰብ የግል የጤና መረጃ ጥቅም ላይ እንዲውል እና ይፋ እንዲሆን ከተስማሙ እባክዎን ከዚህ በታች ስምዎን ጽፈው ይፈርሙ።

ወላጅ ወይም ህጋዊ ፍቃድ ያለው ተወካይ ስም (ጽሁፍ)

ወላጅ ወይም ህጋዊ ፍቃድ ያለው ተወካይ ፊርማ

ቀን

ምስክር

ፈቃዱ ማንበብ ስለማይችል ቅጹ እየተነበበለት/ላት ከሆነ፣ ምስክር መገኘት አለበት እንዲሁም ስሙን/ስሟን ጽፎ/ጽፋ እዚህ መፈረም አለበት/አለባት።

የምስክር ስም (ጽሁፍ)

