

加州大学欧文分校健康中心（University of California Irvine Health）
准许将个人健康信息用于研究

研究标题（或 IRB 批准号，如果研究标题可能侵犯受试者隐私）：[在此输入](#)

首席研究员姓名：[在此输入](#)

赞助方/资助机构（如获资助）：[在此输入](#)

A. 这个表格的目的是什么？

州和联邦隐私法律保护您的健康信息的使用和披露。根据这些法律，除非您同意，否则，加州大学或您的医疗保健服务提供者不能出于研究目的披露您的健康信息。您的信息将披露给研究团队，包括研究人员、大学或赞助方雇用进行研究的人员、以及有权监督研究的人员。如果您决定同意并参加本次研究，您必须在此表以及同意书上签字。此表格说明医疗保健服务提供者与研究人员、研究团队、赞助方和负有监督责任的人员共享您的信息的方式。研究团队将按照所附同意书的规定使用和保护您的信息。然而，如果您的健康信息被加州大学欧文分校健康中心（UC Irvine Health）披露，其可能不受隐私法的保护，并可能会与他人共享。如果您有疑问，请咨询研究小组的成员。

B. 将披露哪些个人健康信息？

如果您同意并签署此表格，您将允许您的医疗保健服务提供者披露包含您个人健康信息的以下医疗记录。您的个人健康信息包括您的医疗记录、财务记录和其他可识别您身份的信息中的健康信息。

- | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 完整的医疗记录 | <input type="checkbox"/> 化验和病理检测报告 | <input type="checkbox"/> 急诊科记录 |
| <input type="checkbox"/> 门诊记录 | <input type="checkbox"/> 牙科记录 | <input type="checkbox"/> 财务记录 |
| <input type="checkbox"/> 病程记录 | <input type="checkbox"/> 手术报告 | <input type="checkbox"/> 成像检查报告 |
| <input type="checkbox"/> 其他测试/检查报告 | <input type="checkbox"/> 出院摘要 | <input type="checkbox"/> 历史与体检 |
| <input type="checkbox"/> 其他（请说明）：
在此输入 | <input type="checkbox"/> 会诊 | <input type="checkbox"/> 心理测试 |

（其他健康信息的说明）

C. 某些特定用途是否需要我的许可？

是。以下信息只有在您明确同意的情况下，我们才会披露，并在线上标明您的姓名首字母签名。

_____我同意披露有关药物和酒精滥用、诊断或治疗的信息。

_____我同意披露艾滋病毒/艾滋病检测信息。

_____我同意披露基因检测信息。

_____我同意披露有关心理健康诊断或治疗的信息。

D. 哪些人将披露和/或接收我的个人健康信息？

出于以下目的，可能会与这些人员共享您的个人健康信息：

1. 执行所附同意书所述研究的研究团队；
2. 加州大学其他有权监督该研究的人员；
3. 法律要求审查研究质量和安全性的其他机构，包括：美国政府机构，如食品和药物管理局或人类研究保护办公室；研究赞助方或赞助方的代表；或其他国家的政府机构。

E. 我的个人健康信息将如何共享用于研究？

如果您同意参加本次研究，研究团队可能会通过以下方式共享您的个人健康信息：

1. 执行研究；
2. 与美国或其他国家的研究人员共享信息；
3. 用于改进未来研究的设计；
4. 与赞助方的业务合作伙伴共享；或者
5. 向美国或外国政府机构提交申请，以获得新药或保健品的批准。

F. 我是否必须在这份文件上签字？

不，您并非一定要在这份文件上签字。即使您不签署此文件，您将得到相同的临床治疗护理。但是，如果您不签署此文件，您将无法参加本次研究。

G. 可选的研究活动

如果我同意参加的研究额外的可选研究活动，例如创建数据库、组织库或其他活动（具体如知情同意过程中向我解释的活动），我理解，我可以选择同意或不同意在这些活动中共享我的信息。

我同意允许将我的信息披露用于知情同意过程中所述的额外可选研究活动。

H. 我的许可是否会过期?

当研究结束和所有需要的研究监测结束时，用于披露您的个人健康信息的许可将到期失效。

I. 我是否可以取消我的许可?

您可以随时取消您的许可。您可以通过两个方式取消许可。您可以写信给研究人员，或者，您可以让研究小组的人员给您一张表格，以供您填写，从而取消您的许可。如果您取消了您的许可，您可能不再参加研究。您可能想询问研究小组的人员，取消许可会不会影响您的治疗护理。如果您取消许可，已经收集和披露的有关您的信息可能会继续用于有限的目的。此外，如果法律要求，赞助方和政府机构可能会继续查阅您的医疗记录，以审查研究的质量或安全性。

J. 签名

受试者

如果您同意使用和披露您的个人健康信息，请在下面使用正楷字体写下您的姓名并签名。您将保留一份已签署的表格副本。

受试者姓名（正楷字体）— 必填

受试者签名

日期

父母或法定授权代表

如果您同意使用和披露上述指定受试者的个人健康信息，请在下面使用正楷字体写下您的姓名并签名。

父母或法定授权代表的姓名（正楷字体）

与受试者关系

父母或法定授权代表的签名

日期

见证人

如申请人因无法阅读本表格而须向申请人宣读本表格，则必须有证人在场，并必须在下面使用正楷字体写下见证人的姓名并由其签名。

见证人姓名（正楷字体）

见证人签名

日期