

## University of California Irvine Health

### تصريح استخدام المعلومات الصحية الشخصية في الأبحاث

عنوان الدراسة أو رقم اعتماد مجلس المراجعة المؤسسي في حالة انتهاك الدراسة لخصوصية الشخص المعني: **Type Here**

اسم الباحث الرئيسي: **Type Here**

الجهة الراعية/وكالة التمويل (إن توافر): **Type Here**

#### أ. ما هو الغرض من هذا النموذج؟

تحمي قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المتعلقة بالخصوصية معلوماتك الصحية من استخدامها ونشرها. و بموجب تلك القوانين، لن تتمكن جامعة كاليفورنيا أو مقدم الرعاية الصحية الخاص بك من نشر المعلومات الصحية بغرض إجراء الأبحاث ما لم تمنحهم إذنًا بذلك. سيتم تقديم معلوماتك لفريق البحث الذي يشمل الباحثين والأشخاص المُعينين من قبل الجامعة أو الجهة الراعية للقيام بالبحث والأشخاص الذين يمتلكون حق الإشراف على البحث. في حالة تقريرك منح إذن بذلك والمشاركة في الدراسة، يجب عليك توقيع هذا النموذج بالإضافة إلى نموذج الموافقة. يصف هذا النموذج الطرق المختلفة التي تُمكن مقدمي خدمات الرعاية الصحية من مشاركة بياناتك مع الباحث، وفريق البحث، والجهة الراعية، والأشخاص المسؤولين عن الإشراف. سيستخدم فريق البحث معلوماتك ويحميها كما هو موضح في نموذج الموافقة المُرفق. وعلى الرغم من ذلك، بمجرد أن يتم نشر معلوماتك الصحية من قبل UC Irvine Health قد لا تحظى بالحماية بموجب قوانين الخصوصية وقد يتم مشاركتها مع آخرين. إذا كان لديك أية استفسارات، اسأل عضو بفريق البحث.

#### ب. ما هي المعلومات الصحية الشخصية التي سيتم نشرها؟

في حالة منحك الإذن وتوقيعك لهذا النموذج، فإنك تسمح لمقدمي الرعاية الصحية بنشر السجلات الطبية التالية التي تحتوي على معلومات صحية شخصية. تشتمل معلوماتك الصحية الشخصية على معلومات صحية في سجلاتك الطبية، وسجلاتك المالية، ومعلومات أخرى يمكن من خلالها التعرف عليك.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> سجل طبي كامل            | <input type="checkbox"/> تقارير المعمل وتقارير الباثولوجيا | <input type="checkbox"/> سجلات قسم الطوارئ                |
| <input type="checkbox"/> سجلات العيارات المتنقلة | <input type="checkbox"/> سجلات الأسنان                     | <input type="checkbox"/> السجلات المالية                  |
| <input type="checkbox"/> مذكرة التقدم المُحرز    | <input type="checkbox"/> سجلات عملية                       | <input type="checkbox"/> تقارير الأشعات                   |
| <input type="checkbox"/> تقارير اختبار أخرى      | <input type="checkbox"/> تقرير الخروج                      | <input type="checkbox"/> التاريخ المرضي والفحوصات الجسدية |
| <input type="checkbox"/> وغيرها (يرجى التحديد)   | <input type="checkbox"/> الاستشارات                        | <input type="checkbox"/> الاختبارات النفسية               |

**Type Here**

(وصف المعلومات الصحية الأخرى)

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:

1. لفريق البحث من أجل البحث المبين في نموذج الموافقة المرفق؛
2. لأخرين عاملين بجامعة كاليفورنيا ولديهم سلطة الإشراف على البحث
3. 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 شُرح 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

توقيع الشخص المعني

التاريخ

## 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

توقيع ولي الأمر أو ممثل مفوض له قانوناً

التاريخ

## الشاهد

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

اسم الشاهد (مطبوع)

توقيع الشاهد

التاريخ