

University of California Irvine Health

ការអនុញ្ញាតឲ្យប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនផ្នែកសុខភាពសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

ចំណងជើងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ (ឬលេខ IRB ដែលបានអនុម័ត

ប្រសិនបើចំណងជើងការសិក្សាអាចនាំឲ្យមានការប៉ះពាល់ដល់ឯកជនភាពរបស់អ្នកចូលរួម)៖ [Type Here](#)

ឈ្មោះអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវចម្បង៖ [Type Here](#)

អ្នកឧបត្ថម្ភថវិកា/ភ្នាក់ងារផ្គត់ផ្គង់មូលនិធិ (បើមាន)៖ [Type Here](#)

A. អ្វីជាគោលបំណងនៃសំណុំបែបបទនេះ?

ច្បាប់ឯកជនភាពរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ជួយការពារចំពោះការប្រើ
និងការលាតត្រដាងព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ ស្ថិតក្រោមច្បាប់ទាំងនេះ
មហាវិទ្យាល័យរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក
មិនអាចលាតត្រដាងព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នកសម្រាប់បម្រើគោលបំណងការសិក្សា
ស្រាវជ្រាវបានឡើយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនអនុញ្ញាតទេនោះ។
ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅឲ្យក្រុមអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ
ដែលក្នុងនោះមានរួមបញ្ចូលនូវអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ បុគ្គលដែលជួលដោយមហាវិទ្យាល័យ
ឬដោយអ្នកឧបត្ថម្ភថវិកាសម្រាប់ធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
និងបុគ្គលដែលមានសមត្ថកិច្ចមើលខុសត្រូវលើការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។
ប្រសិនបើលោកអ្នកសម្រេចចិត្តផ្តល់ការអនុញ្ញាតនិងចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ
លោកអ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ ក៏ដូចជាសំណុំបែបបទយល់ព្រម។
សំណុំបែបបទនេះ ពិពណ៌នាអំពីវិធីផ្សេងៗគ្នាដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពអាច
ចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយអ្នកស្រាវជ្រាវ ក្រុមស្រាវជ្រាវ អ្នកឧបត្ថម្ភ
និងអ្នកដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការត្រួតពិនិត្យ។ ក្រុមស្រាវជ្រាវនឹងប្រើប្រាស់និងការពារព័ត៌មា
នរបស់អ្នក ដូចដែលបានពិពណ៌នាក្នុងសំណុំបែបបទយល់ព្រម។ ប៉ុន្តែទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ
ក៏នៅពេលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានចេញផ្សាយដោយ **UC Irvine Health**

វាមិនអាចត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិឯកជនភាព និងអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកដទៃទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមសាកសួរសមាជិកក្រុមស្រាវជ្រាវ។

B. តើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពអ្វីខ្លះដែលត្រូវលាតត្រដាង?

បើលោកអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្លួន ហើយចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះ គឺមានន័យថា លោកអ្នកកំពុងតែអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាចលាតត្រដាងកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពមានរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានសុខភាពដែលមាននៅក្នុងកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ កំណត់ត្រាព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ និងព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលអាចឱ្យគេស្គាល់លោកអ្នក។

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រទាំងមូល | <input type="checkbox"/> របាយការណ៍មន្ទីរពិសោធន៍ និងរបាយការណ៍រោគសាស្ត្រ | <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាព័ត៌មានផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ |
| <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រតាមគ្លីនិកខាងក្រៅ | <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាព័ត៌មានសុខភាពធ្មេញ | <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ |
| <input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាអំពីការរីកចម្រើនលើការព្យាបាល | <input type="checkbox"/> របាយការណ៍រក្សាគ្រឹះស្ថាន | <input type="checkbox"/> របាយការណ៍រូបសាស្ត្រ |
| <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ផ្សេងទៀតអំពីការធ្វើតេស្តសុខភាព | <input type="checkbox"/> ព័ត៌មានសង្ខេបអំពីការចេញពីពេទ្យ | <input type="checkbox"/> ប្រវត្តិ និងការពិនិត្យរាងកាយ |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់): | <input type="checkbox"/> ការពិគ្រោះជម្ងឺ | <input type="checkbox"/> ការធ្វើតេស្តជម្ងឺផ្លូវចិត្ត |
- [Type Here](#)

(ការពិពណ៌នាអំពីព័ត៌មានសុខភាពផ្សេងទៀត)

C. តើខ្ញុំត្រូវផ្តល់ការអនុញ្ញាតចំពោះការប្រើប្រាស់ជាក់លាក់នូវព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំដែរឬទេ?

គឺត្រូវតែធ្វើ។ ព័ត៌មានខាងក្រោមនឹងត្រូវលាតត្រដាង បើលោកអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាក់លាក់ដោយការសរសេរឈ្មោះរបស់លោកអ្នកជាអក្សរកាត់ដាក់នៅខាងមុខ។

_____ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ព្រមឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងការញៀនថ្នាំ និងគ្រឿងស្រវឹង ការវិនិច្ឆ័យជម្ងឺ ឬការព្យាបាលជម្ងឺញៀនថ្នាំ/គ្រឿងស្រវឹង។

_____ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ព្រមឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្តរកមើលមេរោគ/ជម្ងឺអេដស៍។

_____ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ព្រមឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីការធ្វើតេស្តហ្វេស្យូ។

_____ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ព្រមចំពោះការបញ្ចេញព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជម្ងឺផ្លូវចិត្ត។

D. តើនរណានឹង លាតត្រដាង និង/ឬ ទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ?

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពរបស់លោកអ្នក អាចត្រូវចែករំលែកជាមួយបុគ្គលទាំងនេះ សម្រាប់បម្រើឲ្យគោលបំណងដូចតទៅ៖

1. ឲ្យក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវ
សម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវដូចបានពណ៌នានៅក្នុងបែបបទផ្តល់ការយល់ព្រមដែលមាន ភ្ជាប់មកជាមួយស្រាប់
2. ឲ្យ បុគ្គលដទៃទៀតរបស់មហាវិទ្យាល័យរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា
ដែលមានសមត្ថកិច្ចមើលការខុសត្រូវលើការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
3. ឲ្យបុគ្គលដទៃដែលច្បាប់តម្រូវឲ្យពួកគេធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញ នូវគុណភាព និងសុវត្ថិភាពនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ឬក្រុមទាំងនេះ ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិក ដូចជារដ្ឋបាលអាហារ និងថ្នាំ ឬការិយាល័យការពារចំពោះការសិក្សាស្រាវជ្រាវពាក់ព័ន្ធនឹងមនុស្ស អ្នកផ្តល់មូលនិធិឧបត្ថម្ភចំពោះការសិក្សាស្រាវជ្រាវ (សូមបញ្ចូលឈ្មោះអ្នកឧបត្ថម្ភនៅទីនេះ) ឬតំណាងអ្នកផ្តល់មូលនិធិឧបត្ថម្ភ ដោយរួមទាំង តែក៏មិនកំណត់តែចំពោះ (សូមបញ្ចូលឈ្មោះ CRO នៅទីនេះ) ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលរបស់ប្រទេសដទៃទៀត។

E. តើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ត្រូវយកទៅប្រើយ៉ាងដូចម្តេច?

បើលោកអ្នកយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ក្រុមអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវអាចចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក តាមវិធីដូចខាងក្រោម៖

1. ដើម្បីធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវ
2. ចែករំលែកជាមួយនឹងអ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬនៅតាមប្រទេសដទៃទៀត
3. ប្រើសម្រាប់កែលំអការរៀបចំការសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅថ្ងៃអនាគត
4. ចែករំលែកជាមួយនឹងដៃគូសិក្សាស្រាវជ្រាវរបស់អ្នកផ្តល់មូលនិធិឧបត្ថម្ភ ឬ

5. សម្រាប់ដាក់ពាក្យសុំអនុញ្ញាតពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិក
ឬទីភ្នាក់ងាររបស់រដ្ឋាភិបាលដទៃទៀត ដើម្បីទទួលបានការយល់ព្រមឲ្យប្រើថ្នាំ
ឬផលិតផលថ្មី សម្រាប់ថែរក្សាសុខភាព។

F. តើខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំចាំបាច់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះមែនទេ?

មិនចាំបាច់ទេ។ លោកអ្នក មិនត្រូវបានតម្រូវឲ្យចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះឡើយ។
លោកអ្នកនឹងនៅតែទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដូចដើម
បើទោះបីជាលោកអ្នកមិនព្រមចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះក៏ដោយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ
បើលោកអ្នកមិនព្រមចុះហត្ថលេខាលើឯកសារនេះទេ
លោកអ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះឡើយ។

G. ជម្រើសចូលរួមក្នុងសកម្មភាពការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

បើការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ យល់ព្រមចូលរួមនេះ
មានជម្រើសបន្ថែមចំពោះសកម្មភាពសិក្សាស្រាវជ្រាវរបស់ខ្លួន ដូចជាការបង្កើតសំណុំទិន្នន័យ
ការទុកដាក់ជាលិកា ឬសកម្មភាពដទៃទៀត ដូចបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ
នៅក្នុងដំណើរការផ្តល់ការយល់ព្រមបានជម្រាបដល់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំដឹងថា
ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំអាចជ្រើសរើស
ឲ្យក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវយកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំទៅប្រើក្នុងសកម្មភាពទាំងនោះ
បានឬមិនបាន។

- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ
យល់ព្រមអនុញ្ញាតឲ្យក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវយកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ
ទៅប្រើសម្រាប់ជម្រើសនៃសកម្មភាពបន្ថែមចំពោះការសិក្សាស្រាវជ្រាវ
ដូចបានពន្យល់នៅក្នុងដំណើរការផ្តល់ការយល់ព្រមដែលបានជម្រាបដល់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ។

H. តើការផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ផុតកំណត់ដែរឬទេ?

ការអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពលោកអ្នក
ផុតកំណត់នៅពេលការសិក្សាស្រាវជ្រាវបានបញ្ចប់
ហើយសកម្មភាពចាំបាច់ទាំងអស់សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យលើការសិក្សាស្រាវជ្រាវត្រូវបានចប់ដែរ។

I. តើខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួនបានដែរឬទេ?

លោកអ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួន បានគ្រប់ពេលវេលាទាំងអស់។

លោកអ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួនបាន ដោយប្រើវិធីពីរយ៉ាង។

លោកអ្នកអាចសរសេរលិខិតមកកាន់អ្នកសិក្សាស្រាវជ្រាវ ឬមួយលោកអ្នកអាចសុំបែបបទ ពីនរណាម្នាក់នៅក្នុងក្រុមសិក្សាស្រាវជ្រាវ សម្រាប់យកមកបំពេញ ដើម្បីលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួន។ បើលោកអ្នកលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្លួន លោកអ្នកនឹងលែងនៅក្នុង ការសិក្សាស្រាវជ្រាវទៀតហើយ។ លោកអ្នកអាចសួរនរណាម្នាក់នៅក្នុងសិក្សាស្រាវជ្រាវ ថាតើការលុបចោលការអនុញ្ញាត វាអាចធ្វើឲ្យមានផលប៉ះពាល់ចំពោះការព្យាបាលជម្ងឺរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ។ បើលោកអ្នកលុបចោលការអនុញ្ញាត ព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នក ដែលបានប្រមូល និងបានបញ្ចេញរួចហើយ អាចត្រូវបន្តយកទៅប្រើប្រាស់ សម្រាប់គោលបំណងដែលមានដែនកំណត់។ ដូចគ្នានេះដែរ ប្រសិនបើច្បាប់តម្រូវ អ្នកផ្តល់មូលនិធិឧបត្ថម្ភ និងភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល អាចបន្តប្រើប្រាស់កំណត់ត្រាព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នក ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវគុណភាព និងសុវត្ថិភាពនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

J. ហត្ថលេខា

អ្នកចូលរួមឲ្យធ្វើការពិសោធន៍

បើលោកអ្នកយល់ព្រមឲ្យយើងខ្ញុំប្រើ និងបញ្ចេញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីសុខភាពលោកអ្នក សូមសរសេរឈ្មោះរបស់លោកអ្នកឲ្យបានច្បាស់ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។ លោកអ្នកនឹងទទួលបានសំណៅឯកសារនេះមួយច្បាប់ដែលមានចុះហត្ថលេខា។

ឈ្មោះអ្នកចូលរួមឲ្យធ្វើពិសោធន៍ (សរសេរឲ្យច្បាស់)—*មិនអាចរំលងបាន*

ហត្ថលេខាអ្នកចូលរួមធ្វើពិសោធន៍ កាលបរិច្ឆេទ

ឪពុកម្តាយ ឬតំណាងស្របច្បាប់

បើលោកអ្នកយល់ព្រមឲ្យប្រើ

និងបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពរបស់ឈ្មោះអ្នកចូលរួមឲ្យធ្វើពិសោធន៍ខាងលើ
សូមសរសេរឈ្មោះលោកអ្នកឲ្យបានច្បាស់ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬតំណាងស្របច្បាប់ (សរសេរឲ្យច្បាស់)

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចូលរួមធ្វើពិសោធន៍

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់

កាលបរិច្ឆេទ

សាក្សី

បើបែបបទនេះត្រូវបានអានឲ្យអ្នកចូលរួមធ្វើពិសោធន៍ស្តាប់
ដោយសារថាអ្នកនោះមិនអាចអានបែបបទនេះបាន ត្រូវឲ្យមានសាក្សីចូលរួម
ហើយសាក្សីត្រូវសរសេរឈ្មោះរបស់ខ្លួនឲ្យច្បាស់ រួចចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖

ឈ្មោះសាក្សី (សរសេរឲ្យច្បាស់)

ហត្ថលេខាសាក្សី

កាលបរិច្ឆេទ