ចំណងជើងនៃការសិក្សា៖

ប្រធានក្រុមអ្នកស៊ើបអង្កេត៖

លេខសម្គាល់ IRB៖

តើឯកសារនេះជាអ្វី?

នេះគឺជាទម្រង់លិខិតអនុញ្ញាត HIPAA។ លិខិតនេះនឹងពិពណ៌នាអំពីរបៀបដែលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការសិក្សានេះ និងដោយអ្នកណា។ ការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះបង្ហាញថា អ្នកសុខចិត្តអនុញ្ញាតឱ្យប្រើព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ការសិក្សានេះ។

តើខ្ញុំគួរធ្វើអ្វីបន្ទាប់?

1. អានទម្រង់នេះ ឬឲ្យគេអានឱ្យអ្នកស្តាប់។

2. ធានាថា វេជ្ជបណ្ឌិតសិក្សា ឬបុគ្គលិកសិក្សាពន្យល់ទម្រង់នេះដល់អ្នក។

3. សួរសំណួរ (ដូចជាការប្តេជ្ញាចិត្តគោរពពេលវេលា ពាក្យដែលមិនធ្លាប់ស្គាល់។ល។)

4. សូមចំណាយពេលពិចារណារឿងនេះ ហើយពិភាក្សាអំពីវាជាមួយក្រុមគ្រួសារ និងមិត្តភក្តិរបស់អ្នក។

តើអ្នកណានឹងឃើញព័ត៌មានស្រាវជ្រាវរបស់ខ្ញុំ?

សាកលវិទ្យាល័យ Colorado Denver | Anschutz Medical Campus និងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលដែលវាធ្វើការជាមួយមានវិធាន ដើម្បីការពារព័ត៌មានអំពីអ្នក។ ច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ រួមទាំងច្បាប់ស្តីពីភាពចល័ត និងគណនេយ្យភាពនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HIPAA) ក៏ការពារឯកជនភាពរបស់អ្នកផងដែរ។ ទម្រង់អនុញ្ញាតនេះប្រាប់អ្នកនូវព័ត៌មានអ្វីអំពីអ្នកអាចត្រូវបានប្រមូលនៅក្នុងការសិក្សានេះ ហើយអ្នកណាខ្លះអាចឃើញ ឬប្រើវា។

ស្ថាប័នពាក់ព័ន្ធក្នុងការសិក្សានេះរួមមាន៖

[Delete those affiliate institutions that are not involved with this study. Do not use this form for VA research.]

* សាកលវិទ្យាល័យ Colorado Denver | Anschutz Medical Campus
* សាកលវិទ្យាល័យ Colorado Health
* មន្ទីរពេទ្យ Children’s Hospital Colorado
* អាជ្ញាធរសុខភាព និងមន្ទីរពេទ្យ Denver

កំណត់ត្រាដែលកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នក និងពាក្យយល់ព្រម និងទម្រង់អនុញ្ញាតនេះដែលបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកអាចនឹងត្រូវបានមើល ដោយអ្នកផ្សេងទៀតដែលបានរាយនាមដូចខាងក្រោមដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការមើលព័ត៌មាននោះ៖

[Delete any institutions that are not involved with this study. Add any others that are involved.]

* ការិយាល័យសហព័ន្ធដូចជាការិយាល័យការពារការស្រាវជ្រាវមនុស្ស និងរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ដែលការពារបុគ្គលគោលដៅស្រាវជ្រាវដូចអ្នក។
* បុគ្គលនៅសាកលវិទ្យាល័យ Colorado Denver | Anschutz Medical Campus ដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះ។
* បុគ្គលនៅគណៈកម្មការត្រួតពិនិត្យស្ថាប័ន (IRB) ទទួលខុសត្រូវក្នុងការត្រួតពិនិត្យការសិក្សានេះ។
* វេជ្ជបណ្ឌិតសិក្សា និងក្រុមអ្នកស្រាវជ្រាវរបស់គាត់។
* [Insert sponsor name], អ្នកដែលកំពុងចំណាយប្រាក់សម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។
* មន្ត្រីនៅ ស្ថាប័នដែលការស្រាវជ្រាវកំពុងត្រូវបានធ្វើឡើង និងមន្ត្រីនៅស្ថាប័នផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងការសិក្សានេះ ដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការធានាថា យើងអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ។
* [Add any other groups or entities that have legal authority to audit identifiable study records.]

ព័ត៌មានរបស់អ្នកអាចនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញដើម្បីធ្វើការស្រាវជ្រាវ ដើម្បីសិក្សាលទ្ធផល និងដើម្បីធានាថា ការស្រាវជ្រាវត្រូវបានធ្វើឡើងត្រឹមត្រូវ។

យើងប្រហែលជានិយាយអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះនៅឯកិច្ចប្រជុំ។ យើងក៏ប្រហែលជាបោះពុម្ពផ្សាយលទ្ធផលនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះនៅក្នុងទិនានុប្បវត្តិដែលពាក់ព័ន្ធផងដែរ។ ប៉ុន្តែយើងនឹងរក្សាឈ្មោះរបស់បុគ្គលគោលដៅស្រាវជ្រាវដូចអ្នកជាឯកជនជានិច្ច។

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំការចូលមើលព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពាររបស់អ្នកពីអ្នកស៊ើបអង្កេត។ [If applicable include: To ensure proper evaluation of test results, your access to these study results may not be allowed until after the study has been completed.]

យើងមិនអាចធ្វើការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីអ្នកឲ្យមើល ប្រើប្រាស់ និងចែកចាយព័ត៌មានរបស់អ្នកបានទេ។ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ឱ្យយើងនូវការអនុញ្ញាតនេះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ការអនុញ្ញាតទេ នោះអ្នកប្រហែលជាមិនចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះទេ។

យើងនឹងឃើញ ប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងពាក្យយល់ព្រមសម្រាប់ការសិក្សានេះ និងនៅក្នុងទម្រង់អនុញ្ញាតនេះ និងនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើង ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ បុគ្គលនៅខាងក្រៅសាកលវិទ្យាល័យ Colorado Denver | Anschutz Medical Campus និងអ្នកសហការរបស់ខ្លួនប្រហែលជាមិនត្រូវបានធានាក្រោមការសន្យានេះទេ ហើយព័ត៌មានរបស់អ្នកប្រហែលជាត្រូវបានបញ្ចេញឲ្យដឹងដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីអ្នក។

យើងនឹងធ្វើអ្វីៗគ្រប់យ៉ាងដែលយើងអាចធ្វើបានដើម្បីរក្សាកំណត់ត្រារបស់អ្នកជាការសម្ងាត់ ប៉ុន្តែមិនអាចធានាបានទេ។

ការប្រើប្រាស់ និងការបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់អ្នកមិនមានកំណត់ពេលវេលាទេ។ អ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកមិនឲ្យប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់អ្នកបានគ្រប់ពេល ដោយសរសេរទៅកាន់ប្រធានអ្នកស៊ើបអង្កេតនៃការសិក្សា តាមឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានដែលមានរាយខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកមិនឲ្យប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់អ្នក នោះការចូលរួមរបស់អ្នកនៅក្នុងការសិក្សានេះនឹងចប់ ហើយគ្មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកនឹងត្រូវបានប្រមូលទៀតទេ។ ការលុបចោលរបស់អ្នកនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មានដែលបានប្រមូលរួចហើយនៅក្នុងការសិក្សានេះទេ។

[Add PI Name and Mailing Address]

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ អ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងដែលមានចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទនៃទម្រង់អនុញ្ញាតនេះសម្រាប់ទុកជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក។

[The following section is for outside disclosures of research information that you will make. Include the name of any specific study-related person or group, external to the University, such as the Sponsor, outside laboratory or Contract Research Organization (CRO). Include recipients of information for optional research procedures. If there will be no outside disclosures of data, delete this section]

**អ្នកស៊ើបអង្កេត (ឬបុគ្គលិកដែលធ្វើការជំនួសអ្នកស៊ើបអង្កេត) ក៏នឹងធ្វើឲ្យមានព័ត៌មានសុខភាព**ទាំងអស់ ឬមួយចំនួន**ដូចខាងក្រោមអំពីអ្នកសម្រាប់៖**

* [Organization]

[Delete the following paragraph if not applicable.]

នីតិវិធីស្រាវជ្រាវមួយចំនួនពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើតេស្តសេនេទិច ឬការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសេនេទិចរបស់អ្នក។ ព័ត៌មានសេនេទិចរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ហើយនឹងមិនត្រូវបានបញ្ចេញឱ្យអ្នកផ្សេងដឹងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកនោះទេ។ [Add if applicable.] ព័ត៌មានសេនេទិចដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណបាននឹងត្រូវបានចេញផ្សាយដើម្បី៖

**ព័ត៌មានអំពីអ្នកដែលនឹងត្រូវបានមើលឃើញ ប្រមូល ប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញនៅក្នុងការសិក្សានេះ៖**

[Delete all that do not apply]

* ឈ្មោះ និងព័ត៌មានប្រជាសាស្រ្ត (អាយុ ភេទ ជាតិសាសន៍ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ។ល។)
* លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក
* ផ្នែកខ្លះនៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពីមុន និងបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការសិក្សានេះ រួមមាន ប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹមចំពោះរោគវិនិច្ឆយ ប្រវត្តិ និងរូបសាស្រ្ត ការសិក្សាមន្ទីរពិសោធន៍ ឬជាលិកា ការសិក្សាវិទ្យុសាស្ត្រ លទ្ធផលនៃនីតិវិធី
* ការចុះស្រាវជ្រាវ និងកំណត់ត្រាតេស្តស្រាវជ្រាវ
* ការធ្វើតេស្តចិត្តវិទ្យា
* ការញៀនស្រា ការសេពគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន
* ការធ្វើតេស្តរក ឬការឆ្លងជំងឺដែលអាចរាយការណ៍ទៅនាយកដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ រួមមាន ប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹមចំពោះ៖ មេរោគភាពស៊ាំរបស់មនុស្ស (HIV) ជំងឺរលាកថ្លើម (គ្រប់ទម្រង់) ជំងឺរបេង ឬជំងឺកាមរោគផ្សេងៗ។
* ការធ្វើតេស្តរកកោសិកាក្រហមមានរាងកណ្ដៀវ
* សំណាកជាលិកា និងទិន្នន័យដែលមានសំណាក។
* ព័ត៌មានអំពីការចេញវិក្កយបត្រ ឬហិរញ្ញវត្ថុ
* ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

[Delete this section if there are no optional study procedures.]

**ការអនុញ្ញាត HIPAA សម្រាប់នីតិវិធីសិក្សាបន្ថែមតាមជម្រើស**

នៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបនៃការសិក្សានេះ អ្នកត្រូវបានផ្តល់ជម្រើសឱ្យយល់ព្រមលើនីតិវិធីស្រាវជ្រាវបន្ថែមតាមជម្រើស។ អ្នកក៏ត្រូវតែផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកផងដែរ នៅក្រោមវិធាន HIPAA ឲ្យយើងប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញព័ត៌មានដែលប្រមូលបានពីនីតិវិធីតាមជម្រើសទាំងនេះ ដូចដែលបានពិពណ៌នាខាងលើ។

[If applicable] នីតិវិធីតាមជម្រើសមួយចំនួនទាំងនេះអាចពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើតេស្តសេនេទិច ឬការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសេនេទិចរបស់អ្នក។ ព័ត៌មានសេនេទិចរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ហើយនឹងមិនត្រូវបានបញ្ចេញឱ្យអ្នកផ្សេងដឹងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកនោះទេ។ [If applicable] ព័ត៌មានសេនេទិចដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណបាននឹងត្រូវបានចេញផ្សាយដើម្បី៖

ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធមិនផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យយើងប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់អ្នក អ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងនីតិវិធីតាមជម្រើសទាំងនេះបានទេ ប៉ុន្តែអ្នកនៅតែអាចចូលរួមក្នុងការសិក្សាចម្បងបានដដែល។ សូមចុះហត្ថលេខាសង្ខេបនៅក្បែរជម្រើសរបស់អ្នក៖

\_\_\_\_\_ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យគេប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់នីតិវិធីតាមជម្រើសដែលខ្ញុំបានយល់ព្រមខាងលើ ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះ។

\_\_\_\_\_ ខ្ញុំ**មិន**ផ្ដល់ការអនុញ្ញាតឲ្យគេប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់នីតិវិធីតាមជម្រើសណាមួយទេ ហើយខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងមិនចូលរួមក្នុងនីតិវិធីតាមជម្រើសណាមួយឡើយ។

**ត្រូវបំពេញដោយបុគ្គលគោលដៅស្រាវជ្រាវតែប៉ុណ្ណោះ**

សូម**សរសេរជាអក្សរពុម្ព**នូវឈ្មោះរបស់អ្នក **ចុះហត្ថលេខា** និង**ចុះកាលបរិច្ឆេទ**ខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមក្នុងការអនុញ្ញាតឲ្យប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពាររបស់អ្នក ដូចដែលបានពិពណ៌នាខាងលើសម្រាប់ការសិក្សានេះ និងការសិក្សាតាមជម្រើសណាមួយដែលអ្នកបានយល់ព្រមចូលរួមតាមរយៈពាក្យយល់ព្រមនេះ។ តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់អនុញ្ញាតនេះ អ្នកនឹងមិនបោះបង់សិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នកណាមួយឡើយ។ យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់ដែលមានចុះហត្ថលេខាដើម្បីរក្សាទុក។

**ឈ្មោះបុគ្គលគោលដៅស្រាវជ្រាវ**

**ហត្ថលេខាបុគ្គលគោលដៅស្រាវជ្រាវ (អាយុចាប់ពី18 ឆ្នាំឡើងទៅ និងអាចយល់ព្រម) កាលបរិច្ឆេទ**

**ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ដែលមានសិទ្ធិអំណាចសម្រាប់ កាលបរិច្ឆេទ**

**ការសម្រេចចិត្តលើការស្រាវជ្រាវ (បើមាន)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**សិទ្ធិអំណាចនៃអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ ឬទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងបុគ្គលគោលដៅស្រាវជ្រាវ (បើមាន)**