研究標題：

首席研究員：

IRB（機構審查委員會）ID：

這是什麼文件？

本文件為 HIPAA（《健康保險攜帶和責任法案》） 授權書， 用以說明您的健康資訊如何用於本研究以及由誰使用。在本授權書上簽名，即表示您願意將自己的健康資訊用於本研究。

我接下來該做什麼？

1. 閱讀本授權書，或讓別人讀給您聽。

2. 務必請研究醫生或研究人員為您解釋本授權書。

3. 提問（例如時間投入、陌生詞彙等）

4. 花時間考慮一下，並與家人和朋友談談。

誰會看到我的研究資訊？

University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus（科羅拉多大學丹佛分校 | 安舒茨醫學校區）及其合作的衛生系統均對如何保護您的資訊有相應規定。包括 Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) （《健康保險攜帶和責任法案》） 在內的聯邦法和州法也會保護您的隱私。本授權書可讓您知悉本研究可能會收集有關您的哪些資訊，以及誰可能會看到或使用該等資訊。

參與本研究的機構包括：

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

* University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus（科羅拉多大學丹佛分校 | 安舒茨醫學校區）
* University of Colorado Health（科羅拉多大學健康科學中心）
* Children’s Hospital Colorado（科羅拉多州兒童醫院）
* Denver Health and Hospital Authority（丹佛衛生與醫院管理局）

可識別您身份的記錄以及您簽署的同意書和本授權書均可由下列有合法權利查看該等資訊的其他各方查看：

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

* Office of Human Research Protection（人體研究保護辦公室）和 Food and Drug Administration (FDA)（美國食品藥品監督管理局） 等保護您這樣的研究對象的聯邦機構。
* University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus（科羅拉多大學丹佛分校 | 安舒茨醫學校區）參與研究的人員。
* Institutional Review Board (IRB)（機構審查委員會）負責審查本研究的人員。
* 研究醫生及其研究團隊。
* 支付本研究費用的[Insert sponsor name]。
* 開展本研究的機構中的官員，以及參與本研究的其他機構中負責確保我們遵守所有研究規定的官員。
* [Add any other groups or entities that have legal authority to audit identifiable study records.]

為了開展研究，研究結果並確保研究妥善開展，您的資訊可能會被使用和披露。

我們可能會在會議上討論本研究，也可能會在相關期刊上發表本研究的結果。但我們會一直對您等研究對象的姓名保密。

您有權向研究員申請獲得查看自己受保護的健康資訊的權限。[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.]

未經您許可查看、使用和披露您的資訊，我們不能進行本研究。您不必授予我們該等許可。但若不授予，則您不能參加本研究。

我們只會按照本研究同意書、本授權書和我們的隱私慣例聲明中所述的方式查看、使用和披露您的資訊；但此承諾可能不包含University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus（科羅拉多大學丹佛分校 | 安舒茨醫學校區）及其合作夥伴以外的人員， 您的資訊可能會未經您許可而被披露。

我們將盡一切努力為您的記錄保密，但不能保證一定做到。

對您資訊的使用和披露沒有時間限制。您可以隨時致函給本研究的首席研究員（其姓名和地址如下所示），撤銷對使用和披露您資訊的許可。若確實撤銷了對使用和披露您資訊的許可，您將停止參與本研究，而且我們不會再收集有關您的資訊。您撤銷許可將不會對本研究已收集到的資訊產生任何影響。

 [Add PI Name and Mailing Address]

若您同意參加本研究，則將收到本授權書已簽名並註明日期的副本，以供備案。

[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]

**研究員（或代表研究員行事的工作人員）還將向以下機構提供下列有關您的**全部或部分**健康資訊：**

* [Organization]

[Delete the following paragraph if not applicable.]

一些研究程序涉及基因檢測或會使用您的基因資訊。您的基因資訊將用於研究，不會與其他可以識別您身份的資訊一起發佈給他方。[Add if applicable.] 可識別的基因資訊將發佈給：

**本研究將查看、收集、使用和披露的有關您的資訊如下：**

[Delete all that do not apply]

* 姓名和人口統計資訊（年齡、性別、民族、地址、電話號碼等）
* 您的社保號碼
* 您既往和當前醫療記錄中與本研究相關的部分，包括但不限於診斷、病史和體檢、實驗室或組織檢查、放射學檢查、治療結果
* 研究訪問和研究測試記錄
* 心理測試
* 酗酒或吸毒
* 檢測或感染須向公共衛生部門報告的疾病，包括但不限於：艾滋病毒 (HIV)、肝炎（所有類型）、結核病或其他性傳播疾病。
* 檢測鐮狀細胞
* 組織樣本和样本資料。
* 結算或財務資訊
* 其他（請說明）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**可選附加研究程序的 HIPAA（《健康保險攜帶和責任法案》）授權**

您可以在研究摘要中選擇同意使用可選附加研究程序。根據 HIPAA（《健康保險攜帶和責任法案》）規定，您還須允許我們按照上述方式使用和披露該等可選程序收集的資訊。

[If applicable] 其中一些可選程序可能會涉及基因檢測或會使用您的基因資訊。 您的基因資訊將用於研究，不會與其他可以識別您身份的資訊一起發佈給他方。

[If applicable] 可識別的基因資訊將發佈給：

您若拒絕允許我們使用和披露您的資訊，則不能參與這些可選程序，但仍可參與主研究。請在您選擇的項目旁邊簽署姓名首字母：

\_\_\_\_\_本人允許按照本節規定在上述本人已同意的可選程序中使用和披露本人的資訊。

\_\_\_\_\_本人**不**允許在任何可選程序中使用和披露本人的資訊；本人明白，本人將不會參與任何可選程序。

***僅由研究對象填寫***

若您同意授權在本研究和您以同意書形式同意參加的任何可選研究中，按照上述規定使用和披露您受保護的健康資訊，請在下方**正楷書寫**您的姓名，**簽名**並**填寫日期**。簽署本授權書不會使您放棄任何合法權利。我們會給您一份簽名授權書的副本以備保留。

**研究對象姓名**

**研究對象簽名（年滿 18 歲且能夠同意） 日期**

**有權做出研究決定的合法授權代表的簽名 日期**

**（若適用）**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**合法授權代表的權限或與研究對象的關係（若適用）**