**ਅਧਿਐਨ ਦਾ ਸਿਰਲੇਖ:**

**ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਜਾਂਚਕਰਤਾ:**

**(ਆਈਆਰਬੀ) (IRB) (ਸੰਸਥਾਗਤ ਸਮੀਖਿਆ ਬੋਰਡ ਆਈਡੀ:**

**ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕੀ ਹੈ?**

ਇਹ ਇੱਕ HIPAA (ਹਈਪੀਏਏ) ਅਧਿਕਾਰ ਫਾਰਮ ਹੈ। ਇਹ ਦਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਲਈ ਕਿਵੇਂ ਅਤੇ ਕਿਸ ਦੁਆਰਾ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਸੰਕੇਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅਧਿਐਨ ਵਿਚ ਵਰਤਣ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇਂਦੇ ਹੋ।

**ਮੈਨੂੰ ਹੁਣ ਅੱਗੇ ਕੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?**

1. ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ, ਜਾਂ ਕਿੱਸੇ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਪੜਨ ਲਈ ਕਹੋ।

2. ਇਹ ਪੱਕਾ ਕਰੋ ਕਿ ਅਧਿਐਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਅਧਿਐਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਅਮਲਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫਾਰਮ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਂਦਾ ਹੈ।

3. ਸਬੰਧਤ ਕੁਝ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛੋ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਮੇਂ ਦੀ ਵਚਨਬੱਧਤਾ, ਅਣਜਾਣ ਸ਼ਬਦ, ਆਦਿ) ।

4. ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੋਚਣ ਲਈ ਆਪਣਾ ਸਮਾਂ ਲਵੋ, ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਅਤੇ ਦੋਸਤਾਂ ਨਾਲ ਇਸ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰੋ।

**ਕੌਣ ਮੇਰੀ ਖੋਜ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵੇਖੇਗਾ?**

University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (ਕੋਲੋਰਾਡੋ ਡੇਨਵਰ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ | ਅੰਸਚੱਟਜ਼ ਮੈਡੀਕਲ ਕੈਂਪਸ) ਅਤੇ ਜਿਸ ਨਾਲ ਇਹ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹੈ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਦ੍ਵਾਰਾ ਦਿਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸੁਰਕ੍ਸ਼ਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਨਿਯਮ ਬੰਦ ਹਨ। ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਮੁਤਾਬਿਕ Health Insurance Portability and Accountability Act (ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪੋਰਟੇਬਿਲਟੀ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਐਕਟ) (HIPAA) (ਹਈਪੀਏਏ) ਤੁਹਾਡੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨੂੰ ਸੁਰਕ੍ਸ਼ਿਤ ਰੱਖਣ ਗੇ। ਇਹ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ ਫਾਰਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਕਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਕੌਣ ਇਸਨੂੰ ਦੇਖ ਜਾਂ ਵਰਤ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਹਨ:

[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 (ਕੋਲੋਰਾਡੋ ਡੇਨਵਰ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ | ਅੰਸਚੱਟਜ਼ ਮੈਡੀਕਲ ਕੈਂਪਸ)
* University of Colorado Health (ਕੋਲੋਰਾਡੋ ਸਿਹਤ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ)
* Children’s Hospital Colorado ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਹਸਪਤਾਲ ਕੋਲੋਰਾਡੋ
* Denver Health and Hospital Authority (ਡੇਨਵਰ ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਹਸਪਤਾਲ ਅਥਾਰਟੀ)

ਉਹ ਰਿਕਾਰਡ ਜਿਸ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਹੈ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਮਾਣ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਅਧਿਕਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਦੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੇਖਣ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ:

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

* ਸੰਘੀ ਦਫ਼ਤਰ ਜਿਵੇਂ (ਮਨੁੱਖੀ ਖੋਜ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦਾ ਦਫਤਰ) Office of Human Research Protection ਅਤੇ Food and Drug Administration (FDA) ਭੋਜਨ ਅਤੇ ਨਸ਼ਾ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ (ਐਫ ਡੀ ਏ) ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਵਰਗੇ ਖੋਜ ਵਿਸ਼ਿਆਂ ਦੀ ਸੁਰਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਨ।
* (ਕੋਲੋਰਾਡੋ ਡੇਨਵਰ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਵਿਖੇ ਲੋਕ | ਅੰਸਚੱਟਜ਼ ਮੈਡੀਕਲ ਕੈਂਪਸ) University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus ਜਿਹੜੇ ਖੋਜ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।
* Institutional Review Board (IRB) ਸੰਸਥਾਗਤ ਸਮੀਖਿਆ ਬੋਰਡ (ਆਈਆਰਬੀ) ਦੇ ਵਰਕਰ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਨ।
* ਅਧਿਐਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਉਸਦੀ ਖੋਜਕਰਤਾਵਾਂ ਦੀ ਟੀਮ।
* [Insert sponsor name], ਜੋ ਇਸ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ।
* ਸੰਸਥਾ ਵਿੱਚ ਅਧਿਕਾਰੀਕ ਤੌਰ ਤੇ ਖੋਜ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਰਹੇ ਅਧਿਕਾਰੀ ਜਿਹੜੇ ਮੁੱਖੀਆ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਉਹ ਇਹ ਸਾਰੀ ਖੋਜ ਦੇ ਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ।
* [Add any other groups or entities that have legal authority to audit identifiable study records.]

ਖੋਜ ਕਰਨ ਲਈ, ਨਤੀਜਿਆਂ ਦਾ ਅਧਿਐਨ ਕਰਨ ਲਈ, ਅਤੇ ਇਹ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤਾਕਿ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗ ਸਕੇ ਕਿ ਖੋਜ ਸਹੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ।

ਅਸੀਂ ਮੀਟਿੰਗਾਂ ਦੇ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੇ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਖੋਜ ਅਧਿਐਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਰਸਾਲਿਆਂ ਵਿਚ ਵੀ ਛਾਪ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਪਰ ਅਸੀਂ ਹਮੇਸ਼ਾਂ ਖੋਜ ਵਿਸ਼ਿਆਂ ਦੇ ਨਾਮ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੋਲ ਨਿਜੀ ਰੱਖਾਂਗੇ।

ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। [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।]

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਅਨੁਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਅਧਿਐਨ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੇਖਣਾ, ਵਰਤਣਾ ਅਤੇ ਅਗੇ ਦੇ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਫਿਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ।

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖਾਗੇ, ਇਸਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਾਂਗੇ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਾਂਗੇ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਵਿਚ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਕਾਰ ਵਿਚ ਅਤੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦੇ ਸਾਡੇ ਨੋਟਿਸ ਵਿਚ ਆਗਿਆ ਪ੍ਰਧਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਵੇਗੀ; ਪਰ, University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (ਕੋਲੋਰਾਡੋ ਡੇਨਵਰ ਯੂਨੀਵਰਸਿਟੀ ਵਿਖੇ ਲੋਕ | ਅੰਸਚੱਟਜ਼ ਮੈਡੀਕਲ ਕੈਂਪਸ) ਦੇ ਬਾਹਰ ਲੋਕ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਸਹਿਯੋਗੀ ਇਸ ਵਾਅਦੇ ਦੁਆਰਾ ਵਚਨਬੰਦ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਹੁਕਮ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਨਹੀਂ ਦੱਸਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਹਰ ਤ੍ਰਾਹ ਦੀਸੰਭਵ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਾਂਗੇ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦ੍ਵਾਰਾ ਦਿਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਸ ਦੀ ਗਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ।

ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸੇ ਦੀ ਕੋਈ ਸਮਾਂ ਸੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਐਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਜਾਂਚਕਰਤਾ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਤੇ ਤੇ ਲਿਖ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਵਰਤਣ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਅਧਿਐਨ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡਾ ਭਾਗ ਖ਼ਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ। ਤੁਹਾਡਾ ਦੁਆਰਾ ਰੱਦ ਕੀਤੀ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

 [Add PI Name and Mailing Address]

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰਤ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇਕ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਤੀ ਦੀ ਇਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗੀ।

[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]

**ਤਫ਼ਤੀਸ਼ਕਾਰ (ਜਾਂ ਤਫ਼ਤੀਸ਼ਕਾਰ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਸਟਾਫ) ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਏਗਾ:**

* [Organization]

[Delete the following paragraph if not applicable।]

ਕੁਝ ਖੋਜ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿੱਚ ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜੈਨੇਟਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਜੈਨੇਟਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਖੋਜ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਅਤੇ ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਕਰਦੇ ਹਨ। [Add if applicable।] ਪਛਾਣ ਜੈਨੇਟਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ:

**ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਵਿੱਚ ਦੇਖੀ, ਇਕੱਠੀ, ਵਰਤੀ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗਾ:**

[Delete all that do not apply]

* ਨਾਮ ਅਤੇ ਜਨ-ਅੰਕੜਾ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਉਮਰ, ਲਿੰਗ, ਜਾਤੀ, ਪਤਾ, ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ, ਆਦਿ।)
* ਤੁਹਾਡਾ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ
* ਆਪਣੇ ਪਿਛਲੇ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਹਿੱਸੇ, ਜੋ ਕਿ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹਨ, ਨਿਦਾਨ, ਇਤਿਹਾਸ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ, ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ ਜਾਂ ਟਿਸ਼ੂ ਅਧਿਐਨ, ਰੇਡੀਓਲੌਜੀ ਅਧਿਐਨ, ਵਿਧੀ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸਮੇਤ ਪਰੰਤੂ ਇਸ ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ
* ਖੋਜ ਦਾ ਦੌਰਾ ਅਤੇ ਖੋਜ ਟੈਸਟ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ
* ਮਨੋਵਿਗਿਆਨਕ ਟੈਸਟ
* ਸ਼ਰਾਬੀ, ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਨਸ਼ਾ ਨਾਲ ਦੁਰਵਿਵਹਾਰ
* ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਇਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਲਈ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਸੰਕਰਮਣ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਵਾਲੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹੈ: ਮਨੁੱਖੀ ਘਾਟ ਵਾਇਰਸ (ਐੱਚਆਈਵੀ), ਹੈਪੇਟਾਈਟਿਸ (ਸਾਰੇ ਰੂਪ) ਤਪਦਿਕ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਿਨਸੀ ਰੋਗ।
* ਸਿਕਲ ਸੈੱਲ ਦੀ ਜਾਂਚ
* ਟਿਸ਼ੂ ਦੇ ਨਮੂਨੇ ਅਤੇ ਨਮੂਨੇ ਦੇ ਨਾਲ ਵੇਰਵਾ।
* ਬਿਲਿੰਗ ਜਾਂ ਵਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ
* ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**HIPAA (ਹਈਪੀਏਏ) ਅਖ਼ਤਿਆਰੀ ਵਾਧੂ ਅਧਿਐਨ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ**

ਅਧਿਐਨ ਸੰਖੇਪ ਦੇ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਤਿਰਿਕਤ ਦਿਤੇ ਗਏ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹੋਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ,ਵਿਕਲਪਿਕ ਖੋਜ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਨੂੰ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਵੀ ਦੇਣੀ ਪਵੇਗੀ, HIPAA (ਹਈਪੀਏਏ) ਨਿਯਮਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਜਿਵੇਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਕਲਪਿਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਗਿਆ ਹੈ।

[If applicable] ਇਹ ਵਿਕਲਪਿਕ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਕੁਝ ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜੈਨੇਟਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਜੈਨੇਟਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਖੋਜ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਦਸਦਾ ਹੈ। [If applicable] ਪਛਾਣਨ ਯੋਗ ਜੈਨੇਟਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ:

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਬਾਰੇ ਦਿਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸੇ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦੇਂਦੇ ਹੋ ਤਾ ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਕਲਪਿਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦੇ, ਪਰ ਤਦ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਮੁੱਖ ਅਧਿਐਨ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਪਸੰਦ ਦੇ ਅੱਗੇ ਸਹੀ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਵੋ:

\_\_\_\_\_ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਲਈ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ, ਵਿਕਲਪਿਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਤੋਂ, ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ, ਇਸ ਭਾਗ ਵਿਚ ਦੱਸੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਸਤੇਮਾਲ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਹੋਣਾ।

\_\_\_\_\_ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਲਈ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ, ਵਿਕਲਪਿਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਤੋਂ, ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹਾਂ; ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ / ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਕਲਪਿਕ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।

***ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਸਿਰਫ ਭਰਿਆ ਜਾਏਗਾ***

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਆਪਣਾ ਨਾਮ, ਹਸਤਾਕਸ਼ਰ ਅਤੇ ਤਾਰੀਖ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸਨੂੰ ਵਰਤਣ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇਸ ਅਧਿਐਨ ਲਈ ਉੱਪਰ ਜਾਣਕਰੀ ਦਸੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਕਲਪਿਕ ਅਧਿਐਨ ਜਿਸ ਵਿਚ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੁਆਰਾ ਹਿੱਸਾ ਲੈਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ। ਇਸ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ ਫਾਰਮ ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਕਿਸੇ ਤ੍ਰਾਹ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਨਹੀਂ ਛੱਡੋਗੇ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇਕ ਕਾੱਪੀ ਦੇਵਾਗੇ।

**ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨਾਮ**

**ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ (18 ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਯੋਗ) ਮਿਤੀ**

**ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰਾਂ ਨਾਲ ਖੋਜ ਫੈਸਲਿਆਂ ਮਿਤੀ**

**ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)**

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

**ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਜਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)**