Tadqiqot Nomi:

Bosh Tergovchi:

IRB Raqami:

Ushbu hujjat nima?

Bu HIPAA (Tibbiy Sug'urta Tashilishi va Javobgarligi To'g'risidagi Qonun) vakolat shakli. Unda sizning sog'lig'ingiz haqidagi ma'lumot ushbu tadqiqotda qanday va kim tomonidan ishlatilishi tasvirlanadi. Ushbu shaklga imzo chekish sizning sog'lig'ingiz haqidagi ma'lumotdan ushbu tadqiqot uchun foydalanishga ruxsat berishga tayyor ekanligingizni anglatadi

Endi nima qilishim kerak?

1. Ushbu shaklni o'qing yoki kimdir sizga o'qib bersin.

2. Tadqiqot shifokori yoki xodimlar sizga ushbu shaklni tushuntirganiga ishonch hosil qiling.

3. Savollar bering (masalan, qancha vaqtingiz ketadi, notanish so'zlar va boshqalar)

4. Buni ko'rib chiqishga vaqt ajrating va bu haqda oilangiz va do'stlaringiz bilan suhbatlashing.

Mening tadqiqot ma'lumotlarimni kim ko'radi?

University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (Kolorado Universiteti Denver | Anschutz Tibbiyot Shaharchasi) va u ishlaydigan sog'liqni saqlash tizimlari siz haqingizda ma'lumotni himoya qilish qoidalariga ega. Federal va shtat qonunlari, shu jumladan Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA - Tibbiy Sug'urta Tashilishi va Javobgarligi To'g'risidagi Qonun) ham sizning shaxsiy ma’lumotlaringizni himoya qiladi. Ushbu vakolat shakli ushbu tadqiqotda siz haqingizda qanday ma'lumot to'planishi mumkinligini va uni kim ko'rishi yoki undan foydalanishi mumkinligini aytadi.

Ushbu tadqiqot bilan shug'ullanuvchi tashkilotlar quyidagilarni o'z ichiga oladi:

[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
* University of Colorado Health
* Children’s Hospital Colorado
* Denver Health and Hospital Authority

Sizni aniqlaydigan yozuvlar va rozilik shakli va siz imzolagan ushbu vakolat shakli quyida keltirilgan ma'lumotni ko'rish uchun qonuniy huquqqa ega bo'lgan boshqa shaxslar tomonidan ko'rib chiqilishi mumkin:

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

* Siz kabi tadqiqotda qatnashuvchilarni himoya qiladigan Office of Human Research Protection va Food and Drug Administration (FDA – Oziq-ovqat va Farmatsevtika Idorasi) kabi federal idoralar.
* University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus da ishlayidgan va tadqiqot bilan shug'ullanadigan odamlar.
* Ushbu tadqiqotni ko'rib chiqishga mas'ul bo'lgan Institutional Review Board (IRB) dagi odamlar.
* Tadqiqot shifokori va uning tadqiqotchilari jamoasi.
* Ushbu tadqiqot uchun to'laydigan [Insert sponsor name].
* Tadqiqot olib borilayotgan muassasalardagi mansabdor shaxslar va ushbu tadqiqotga jalb qilingan va tadqiqotning barcha qoidalariga rioya qilinishiga ishonch hosil qilishi uchun mas’ul bo’lgan boshqa muassasalarning mansabdor shaxslari.
* [Add any other groups or entities that have legal authority to audit identifiable study records.]

Sizning ma'lumotlaringiz tadqiqot o'tkazish, natijalarni o'rganish va tadqiqot to'g'ri amalga oshirilganligiga ishonch hosil qilishda ishlatilishi va oshkor qilinishi mumkin.

Ushbu tadqiqot haqida yig'ilishlarda gapirishimiz mumkin. Shuningdek, ushbu tadqiqot natijalarini tegishli jurnallarda chop etishimiz mumkin. Ammo biz siz kabi tadqiqotda qatnashuvchilar ismlarini har doim maxfiy saqlaymiz.

Siz tergovchidan sizning himoyalangan sog'lig'ingiz haqidagi ma'lumotlarni ko’rishni so'rash huquqiga egasiz. [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.]

Sizning ma'lumotingizni ko'rish, foydalanish va berish uchun sizning ruxsatingizsiz biz ushbu tadqiqotni amalga oshira olmaymiz. Siz bu ruxsatni berishga majbur emassiz. Agar ruxsatni bermasangiz, unda siz ushbu tadqiqotga qo'shila olmaysiz.

Biz sizning ma'lumotlaringizni faqat ushbu tadqiqot uchun ruxsatnoma shaklida va ushbu vakolat shaklida va Maxfiylik amaliyoti to'g'risidagi bildirishnomamizda tasvirlanganidek ko'ramiz, foydalanamiz va oshkor qilamiz; ammo, University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus dan tashqaridagi odamlar va ularning hamkorlari ushbu va'da bilan qoplanmasligi mumkin va sizning ma'lumotingiz sizning ruxsatingizsiz oshkor qilinishi mumkin.

Yozuvlaringizni maxfiy saqlash uchun qo'limizdan kelganini qilamiz, ammo bu kafolatlanmaydi..

Ma'lumotlaringizdan foydalanish va ularni oshkor qilishda hech qanday vaqt cheklovlari yo'q. Siz ma'lumotingizdan foydalanish va oshkor qilish uchun ruxsatni istalgan paytda, tadqiqot bosh tergovchisiga, quyida keltirilgan ism va manzilga yozib yuborishingiz mumkin. Agar siz o'zingizning ma'lumotlaringizdan foydalanish va ularni oshkor qilishga berilgan ruxsatni bekor qilsangiz, ushbu tadqiqotdagi ishtirokingiz tugaydi va siz haqingizda boshqa ma'lumotlar to'planmaydi. Sizning bekor qilishingiz ushbu tadqiqotda allaqachon to'plangan ma'lumotlarga ta'sir qilmaydi.

[Add PI Name and Mailing Address]

Agar siz ushbu tadqiqotda bo'lishga rozi bo'lsangiz, yozuvlaringiz uchun ushbu vakolat shaklining imzolangan va sanasi qo'yilgan nusxasini olasiz.

[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]

**Tergovchi (yoki tergovchi nomidan ish olib boruvchi xodim) shuningdek, sog'lig'ingizga oid quyidagi ma'lumotlarning barchasini yoki bir qismini sizga taqdim etadi**

* [Tashkilot]

[Delete the following paragraph if not applicable.]

Ba'zi tadqiqot usullari genetik test yoki o'zingizning genetik ma'lumotingizdan foydalanishni o'z ichiga oladi. Sizning genetik ma'lumotlaringiz tadqiqot uchun ishlatiladi va sizni aniqlaydigan boshqa ma'lumotlar bilan boshqalarga berilmaydi. [Add if applicable.] Aniqlanishi mumkin bo'lgan genetik ma'lumot quyidagilarga beriladi:

**Ushbu tadqiqotda ko'riladigan, to'planadigan, foydalaniladigan va oshkor qilinadigan siz haqingizda ma'lumot:**

[Delete all that do not apply]

* Ism va Demografik Ma'lumotlar (yoshi, jinsi, millati, manzili, telefon raqami va hk).
* Sizning ijtimoiy himoya raqamingiz (social security number)
* Ushbu tadqiqot bilan bog'liq bo'lgan oldingi va joriy tibbiy yozuvlaringizning qismlari, shu jumladan, tashxis, tibbiy tarix va ko’riklar, laboratoriya yoki to'qima tadqiqotlari, rentgenologik tadqiqotlar, protsedura natijalari
* Tadqiqot tashrifi va tadqiqot sinovlari yozuvlari
* Psixologik testlar
* Alkogolizm, spirtli ichimliklar yoki giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish
* Jamoat sog'liqni saqlash bo'limiga xabar qilinadigan kasalliklar yoki infektsiyalarni sinash, shu jumladan: Odamning Immunitet Tanqisligi Virusi (OIV), gepatit (barcha shakllar) sil va boshqa jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar.
* O'roq hujayrasini kasalligi uchun tekshirish
* To'qimalarining namunalari va olingan ma'lumotlar bilan namunalar.
* To'lov yoki moliyaviy ma'lumotlar
* Boshqalar (iltimos, ko'rsating): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Qo'shimcha Tadqiqot Tadbirlari HIPAA Vakolati**

Tadqiqot xulosasida sizga qo'shimcha, ixtiyoriy tadqiqot usullariga rozilik berish imkoniyati berildi. Yuqorida tavsiflangan ushbu qo'shimcha protseduralardan to'plangan ma'lumotlarni HIPAA qoidalariga binoan ishlatish va oshkor qilish uchun bizga yana ruxsat berishingiz kerak.

[If applicable] Ushbu ixtiyoriy muolajalarning ba'zilari genetik test yoki sizning genetik ma'lumotingizdan foydalanishni o'z ichiga olishi mumkin. Sizning genetik ma'lumotlaringiz tadqiqot uchun ishlatiladi va sizni aniqlaydigan boshqa ma'lumotlar bilan boshqalarga berilmaydi. [If applicable] Aniqlanishi mumkin bo'lgan genetik ma'lumot quyidagilarga beriladi:

Agar siz bizga ma'lumotingizdan foydalanish va uni oshkor qilishga ruxsat berishdan bosh tortsangiz, siz ushbu ixtiyoriy protseduralarda ishtirok eta olmaysiz, ammo baribir asosiy tadqiqotda ishtirok etishingiz mumkin. Iltimos tanlovingiz yoniga ismingiz bosh harflarini yozing:

\_\_\_\_\_ Men o'zimning ma'lumotlarim uchun, yuqorida rozi bo'lgan ixtiyoriy tartiblardan foydalanib, ushbu bo'limda aytilgandek oshkor qilinishiga ruxsat beraman. I give permission for my information, from the optional procedures I have agreed to above, to be used and disclosed as described in this section.

\_\_\_\_\_ Men o'zimning ma'lumotlarim uchun har qanday ixtiyoriy protseduralardan foydalanilishi va oshkor etilishiga ruxsat **bermayman**; men biron bir ixtiyoriy tartibda qatnashmasligimni tushunaman.

***FAQAT TADQIQOTDA QATNASHUVCHI TOMONIDAN TO’LDIRILADI***

Agar siz ushbu tadqiqot uchun yuqorida tavsiflangan va sizning rozilik shakli orqali ishtirok etishga rozi bo'lgan har qanday ixtiyoriy tadqiqotlar uchun himoyalangan ma'lumotlardan foydalanish va ularni oshkor qilishga ruxsat berishga roziligingizni bildirsangiz, iltimos, **ismingiz**, **imzo** va **sanani** pastda **bosma harflar bilan yozing**. Ushbu vakolat formasini imzolash bilan siz biron-bir qonuniy huquqingizdan voz kechmaysiz. Saqlash uchun sizga shaklning imzolangan nusxasini beramiz.

**Tadqiqotda Qatnashuvchi Ismi**

**Tadqiqotda Qatnashuvchi Imzosi (18 yoshdan katta va rozilik Sana**

**berishga layoqati bor)**

**Tadqiqot Qarorlarini Qabul Qilish vakolatiga ega Sana**

**qonuniy vakilning imzosi (agar tegishli bo'lsa)**

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

**Qonuniy Vakilning Vakolati yoki Tadqiqotda Qatnashuvchiga Aloqasi (agar tegishli bo'lsa)**