**Tədqiqatın adı:**

**Baş Tədqiqatçı:**

**IRB ID:**

**Bu nə sənədidir?**

Bu, **HIPAA İcazə Formudur**. Bu sənəd sizin sağlamlıq məlumatlarınızın bu tədqiqat üçün necə istifadə ediləcəyini və kimlər tərəfindən istifadə olunacağını təsvir edir. Bu formu imzalamaq, sağlamlıq məlumatlarınızın bu tədqiqat üçün istifadə edilməsinə razılıq verdiyinizi göstərir.

**Növbəti addımlar nələrdir?**

1. Bu formu oxuyun və ya sizin üçün oxunmasını xahiş edin.
2. Tədqiqat həkiminin və ya tədqiqat işçilərinin formu sizə izah etdiyinə əmin olun.
3. Suallar verin (məsələn, vaxt öhdəliyi, tanımadığınız sözlər və s.).
4. Məsələ barədə düşünmək üçün vaxt ayırın, ailəniz və dostlarınızla müzakirə edin.

**Tədqiqat üçün məlumatlarımı kimlər görəcək?**

Kolorado Denver Universiteti | Anschutz Tibb Kampusu və onun işlədiyi səhiyyə sistemlərinin sizin haqqınızda məlumatı qorumaq qaydaları var. Federal və əyalət qanunları, o cümlədən Səhiyyə Sığortasının Daşınması və Hesabatlılığı Aktı (HIPAA) da məxfiliyinizi qoruyur. Bu İcazə formu, bu tədqiqatda sizin haqqınızda hansı məlumatların toplanacağını və kimlərin həmin məlumatları görə və ya istifadə edə biləcəyini izah edir.

Bu tədqiqatda iştirak edən qurumlara aşağıdakılar daxildir:

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

* Kolorado Denver Universiteti | Anschutz Tibb Kampusu
* Kolorado Sağlamlıq Universiteti
* Kolorado Uşaq Xəstəxanası
* Denver Səhiyyə və Xəstəxana İdarəsi

Sizi tanıdan qeydlər, razılıq forması və sizin imzaladığınız bu icazə formu, aşağıda sadalanan və həmin məlumatı görmək üçün qanuni hüquqa malik olan şəxslər tərəfindən yoxlana bilər.[Delete any institutions that are not involved with this study. Add any others that are involved.]

* Sizin kimi tədqiqat iştirakçılarını qoruyan İnsan Tədqiqatlarının Mühafizəsi Ofisi və Qida və Dərman Administrasiyası (FDA) kimi federal qurumlar.
* Kolorado Denver Universiteti | Anschutz Tibb Kampusunda tədqiqatla məşğul olan şəxslər.
* Bu tədqiqatı nəzərdən keçirmək üçün məsuliyyət daşıyan İnstitusional İcmal Şurasının (IRB) üzvləri.
* Tədqiqatı həkimi və onun tədqiqat qrupunun üzvləri.
* [Insert sponsor name] , bu tədqiqat işini kim ödəyir.
* Tədqiqatın aparıldığı müəssisələrdəki və bu tədqiqata cəlb edilmiş digər müəssisələrdəki qaydalara riayət olunmasını təmin etməkdən məsul olan rəsmilər.
* [Add any other groups or entities that have legal authority to audit identifiable study records.]

Məlumatlarınız tədqiqat aparmaq, nəticələri öyrənmək və tədqiqatın düzgün aparıldığına əmin olmaq üçün istifadə oluna və açıqlana bilər.

Görüşlərdə bu tədqiqat haqqında danışa bilərik. Biz bu araşdırmanın nəticələrini müvafiq jurnallarda da dərc edə bilərik. Lakin biz sizin kimi tədqiqat subyektlərinin adlarını həmişə məxvi saxlayacağıq.

Tədqiqatçıdan qorunan sağlamlıq məlumatlarınıza çıxış tələb etmək hüququnuz var. [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.]

Sizin məlumatlarınıza baxmaq, onlardan istifadə etmək və paylaşmaq üçün icazəniz olmadan bu tədqiqatı apara bilmərik. Bizə bu icazəni vermək məcburiyyətində deyilsiniz. Əgər icazə verməsəniz, bu tədqiqatda iştirak edə bilməyəcəksiniz.

Biz sizin məlumatlarınıza yalnız bu tədqiqat üçün nəzərdə tutulmuş razılıq formasında və məxfilik təcrübələrimiz barədə bildirişdə təsvir edildiyi kimi baxacağıq, onlardan istifadə edəcəyik və açıqlayacağıq; lakin Kolorado Universiteti Denver | Anschutz Tibb Kampusu və onun əməkdaşları xaricindəki şəxslər bu vədi yerinə yetirməyə bilərlər və məlumatlarınız sizin razılığınız olmadan açıqlana bilər.

Biz qeydlərinizi məxfi saxlamaq üçün əlimizdən gələni edəcəyik, lakin buna zəmanət verə bilmərik.

Məlumatlarınızdan istifadə və onların açıqlanması üçün vaxt məhdudiyyəti yoxdur. İstənilən vaxt məlumatınızdan istifadə etmək və açıqlamaq icazənizi ləğv edə bilərsiniz. Bunun üçün tədqiqatın Baş Tədqiqatçısına aşağıda göstərilən ad və ünvana yazılı şəkildə müraciət etməlisiniz. Məlumatınızdan istifadə etmək və açıqlamaq icazənizi ləğv etsəniz, bu araşdırmada iştirakınız başa çatacaq və sizin haqqınızda əlavə məlumat toplanmayacaq. Lakin ləğviniz bu tədqiqat çərçivəsində artıq toplanmış məlumatlara təsir etməyəcək.

[Add PI Name and Mailing Address]

Əgər bu tədqiqatda iştirak etməyə razı olsanız, sizə bu icazə formasının imzalanmış və tarix qoyulmuş bir nüsxəsi təqdim olunacaq.

[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]

**Tədqiqatçı (və ya tədqiqatçı adından çıxış edən işçi heyəti) həmçinin sizin aşağıdakı sağlamlıq məlumatlarınızı əldə edə bilər:**

* [Təşkilat]

[Delete the following paragraph if not applicable.]

Tədqiqat prosedurlarının bir qismi genetik testlər və ya genetik məlumatlarınızdan istifadədən ibarət ola bilər. Sizin genetik məlumatlarınız yalnız tədqiqat üçün istifadə olunacaq və sizi tanıdan digər məlumatlarla birlikdə başqalarına ötürülməyəcək. [Add if applicable.]Tanınan genetik məlumatlar aşağıdakı şəxslərə veriləcək:

**Bu araşdırmada sizin haqqınızda görüləcək, toplanacaq, istifadə ediləcək və açıqlanacaq məlumatlar:**

[Delete all that do not apply]

* Ad və Demoqrafik Məlumat (yaş, cins, etnik mənsubiyyət, ünvan, telefon nömrəsi və s.)
* Sosial təminat nömrəniz
* Sizin əvvəlki və cari tibbi qeydlərinizin bu tədqiqatla bağlı olan qismi, o cümlədən, lakin bununla məhdudlaşmayaraq, diaqnozlar, anamnez və fiziki müayinə, laboratoriya və ya toxuma tədqiqatları, rentgen tədqiqatları, prosedur nəticələri.
* Tədqiqat Ziyarəti və Tədqiqat Testi qeydləri
* Psixoloji testlər
* Alkoqolizm, Alkoqol və ya Narkomaniya
* İctimai Sağlamlıq Departamentinə bildiriləcək xəstəliklərin, o cümlədən, lakin bununla məhdudlaşmayaraq, İnsan İmmunçatışmazlığı Virusu (HİV), hepatit (bütün formaları), vərəm və ya digər cinsi yolla ötürülən xəstəliklərin yoxlanılması və ya infeksiya hesabatı.
* Oraq hüceyrə xəstəliyinə görə test edilmə
* Toxuma nümunələri və nümunələrlə bağlı məlumatlar
* Ödəniş və ya maliyyə məlumatları
* Digər (zəhmət olmasa qeyd edin): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**HIPAA Qaydalarına Əsasən İcazə Forması: Əlavə Könüllü Tədqiqat Prosedurları**

Tədqiqatın xülasəsində sizə əlavə, könüllü tədqiqat prosedurlarına razılıq vermək imkanı təklif edilmişdir. Bu könüllü prosedurlardan toplanan məlumatların yuxarıda təsvir edildiyi kimi istifadə olunması və açıqlanması üçün HIPAA qaydalarına uyğun olaraq bizə icazə verməlisiniz.

[If applicable] Bu könüllü prosedurların bəziləri genetik testləri və ya genetik məlumatlarınızın istifadəsini əhatə edə bilər. Genetik məlumatlarınız tədqiqat üçün istifadə olunacaq və sizi müəyyən edən digər məlumatlarla birlikdə başqalarına açıqlanmayacaq. [If applicable] Müəyyən edilə bilən genetik məlumat aşağıdakı hallarda açıqlanacaq:

Əgər məlumatınızdan istifadə etmək və açıqlamaq üçün bizə icazə verməkdən imtina etsəniz, bu əlavə prosedurlarda iştirak edə bilməzsiniz, lakin yenə də əsas araşdırmada iştirak edə bilərsiniz. Zəhmət olmasa seçiminizi qeyd edin:

\_\_\_\_\_ Mən yuxarıda razılıq verdiyim könüllü prosedurlardan əldə edilən məlumatların bu bölmədə təsvir edildiyi kimi istifadə və açıqlanmasına icazə verirəm.

\_\_\_\_\_ Mən könüllü prosedurlar üçün məlumatlarımın istifadə və açıqlanmasına icazə vermirəm; Mən anlayıram ki, hər hansı könüllü prosedurlarda iştirak etməyəcəyəm.

***YALNIZ İŞTİRAKÇI TƏRƏFİNDƏN DOLDURULMALIDIR***

Əgər bu tədqiqat və razılıq forması vasitəsilə iştirak etməyə razı olduğunuz əlavə tədqiqatlar üçün mühafizə olunan sağlamlıq məlumatlarınızın yuxarıda təsvir edildiyi kimi istifadə və açıqlanmasına icazə verirsinizsə, zəhmət olmasa, adınızı çap hərfləri ilə yazın, imzalayın və tarixi qeyd edin.

**İştirakçının Adı**

**İştirakçının imzası (18 və ya daha yuxarı yaşda və razılıq vermək**

**qabiliyyətinə malik) Tarix**

**Tədqiqat qərarları üçün Hüquqi Səlahiyyətli**

**Nümayəndənin İmzası ( əgər varsa) Tarix**

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

**Hüquqi Səlahiyyətli Nümayəndənin Səlahiyyəti və ya İştirakçı ilə Əlaqəsi (əgər varsa)**