د څېړنې سرليک:

مرکزي څېړونکی:

IRB (Institutional Review Board) (نړيوالې بيا کتنې بورډ (IRB) آي ډي:

دا سند څه دی؟

دا د HIPAA د رسمي اجازې فورمه ده۔ دا بيانوي چې ستاسې د روغتيا مالومات به په دې څېړنه کې څنګه او څوک کاوري۔ د دې فورمې لاسليک کول څرګندوي تاسې اجازه ورکوئ چې ستاسې د روغتيا مالومات په دې څېړنه کې استعمال شي۔

زه به وړاندې څه کوم؟

1. دا ولولئ، يا چا ته ووايئ دا تاسې ته ولولي۔

2. باوري کړئ چې د څېړنې ډاکټر يا عمله دا فورمه تاسې ته تشريح کړي۔

3. پوښتنې وکړئ (لکه د وخت ټاکنه، ناشنا ټکي، او دې ته ورته)۔

4. په دې د فکر لپاره وخت واخلئ، او د دې په اړه د خپلې کورنۍ او ملګرو سره خبرې وکړۍ۔

څوک به زما د څېړنې مالومات وويني؟

د University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (د کولاراډو ډينور پوهنتون | انشوټز طبي کمپس) او د روغتيا نظام چې دوي ورسره کار کوي اصول لري تر څو ستاسې په اړه مالومات خوندي کړي۔ فيډرالي او د ايالت قانون په شمول د Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (د روغتيا د بيمې د انتقال او حساب ماده HIPAA) هم ستاسې د محرميت حفاظت کوي۔ د رسمي اجازې دا فورمه تاسې ته وايي چې په دغه څېړنه کې به ستاسې په اړه کوم مالومات راټول شي او دغه څوک ليدلی يا کارولی شي۔

په دې څېړنه کې دخيل ادارو کې شامل دي:

[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(د کولاراډو ډينور پوهنتون | انشوټز طبي کمپس)
* University of Colorado Health (د کولاراډو د د طب پوهنتون)
* Children’s Hospital Colorado (د کولاراډو د کوچنيانو روغتون)
* Denver Health and Hospital Authority (د ډينور د روغتيا او روغتون چارواکې)

هغه ريکارډ چې ستاسې پېژندګلوی ترينه کيږي، او د توافق فورمه او د رسمي اجازې دا فورمه چې ستاسې لخوا لاسليک شوې وي د لاندې لست کړل شوي نورو کسانو لخوا کتلی شي څوک چې د دغه مالوماتو ليدلو قانوني حق لري:

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

* فيډرالي دفترې لکه Office of Human Research Protection (د بشري څېړنو د خونديتوب دفتر) او Food and Drug Administration (FDA) (د خواړو او ډرګ انتظاميه (FDA) چې په څېړنه کې شريک ستاسې په ډول وګړو حفاظت کوي۔
* د University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (د کولاراډو ډينور پوهنتون | انشوټز طبي کمپس) هغه وګړي چې په دې څېړنه کې دخيل دي۔
* د Institutional Review Board (IRB) (نړيوالې بيا کتنې بورډ (IRB)) چې د دې څېړنې د بيا کتنې مسؤليت لري۔
* د څېړنې ډاکټر او د هغه/هغې د څېړونکو ډله۔
* [Insert sponsor name]د دې څېړنيزې مطالعې لپاره پېسې څوک ورکوي۔
* د هغه ادارو افسران چېرته چې دغه څېړنه کيږي او د نورو ادارو افسران چې په دې څېړنه کې دخيل دي څوک چې د دې باوري کولو مسؤل دي چې موږ د څېړنې ټول اصول تعقيبوو۔
* [Add any other groups or entities that have legal authority to audit identifiable study records.]

ستاسې مالومات بايد استعمال او افشا شي، تر څو څېړنه وکړل شي، د پايلو مطالعه وشي، او دا باوري شي چې دغه څېړنه په سم ډول ترسره شوې وه۔

موږ بايد په غونډو کې د دې څېړنيزې مطالعې په اړه خبرې وکړو۔ موږ بايد د دې څېړنې پايلې په اړوند مجلو يا ژورنالو کې خپرې کړو۔ خو موږ به تل د څېړنې د ګډونوالو، لکه ستاسې په ډول کسانو، نومونه محرم ساتو۔

تاسې له څېړونکو څخه خپل خوندي شوي روغتيايي مالوماتو ته د لاسرسي د غوښتنې حق لرئ۔ [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.]

موږ نشو کولی ستاسې د اجازې پرته دا څېړنه وکړو، ستاسې مالومات ووينو، استعمال يې کړو يا بل چا ته يې ورکړو۔ تاسې اړتيا نه لرئ تر څو موږ ته دا اجازه راکړئ۔ که تاسې موږ ته اجازه رانکړئ، بيا تاسې په دې څېړڼه کې ګډون نشئ کولی۔

موږ به ستاسې يواځې هغه ډول مالومات افشا کړو لکه څنګه چې د دې څېړنې په فورمه او رسمي اجازې په فورمه او زموږ د محرميت د افعالو خبرتيا کې ذکر شوي؛ خو بيا هم، د University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (د کولاراډو ډينور پوهنتون | انشوټز طبي کمپس) څخه دباندې خلک او د هغوي همکاران په دې ژمنه کې نه پوښښ کيږي او ستاسې مالومات به ستاسې د اجازې پرته نه افشا کيږي۔

موږ به تر شوني حده هڅه کوو تر څو ستاسې مالومات محرم وساتو، خو بيا هم، د دې تضمين نه ورکول کيږي۔

ستاسې د مالوماتو استعمال او اافشا کول د وخت قيد نه لري۔ تاسې هر وخت د څېړنې مرکزي څېړونکي ته په لاندې ورکړل شوي نوم او آدرس په ليکلې بڼه کې د خپل مالوماتو د استعمالولو او افشا کولو اجازه فسخ کولی شئ۔ که چېرې تاسې د خپل مالوماتو د استعمالولو او افشا کولو اجازه فسخ کړئ، په دې څېړنه کې به ستاسې برخه ختمه شي او ستاسې په اړه به نور مالومات نه راټوليږې۔ ستاسې فسخه به په دې څېړڼه کې دمخه راټول شوي مالوماتو هيڅ تاثير نلري۔

[Add PI Name and Mailing Address]

که تاسې په دې څېړنه کې پاتې کېدو سره توافق کوئ، تاسې به د خپل ريکارډ لپاره د دې رسمې اجازې د فورمې يو لاسليک شوې او نېټه شوې کاپي ولرئ۔

[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]

**څېړونکی (يا د څېړونکي په استازيتوب کار کوونکې عمله) به لاندې د روغتيا ټول يا ځينې مالومات وړاندې کړې:**

* [سازمان]

[Delete the following paragraph if not applicable.]

د څېړنو په ځينې پروسو کې جينيايي ازموينې يا ستاسې د جينيايي مالوماتو استعمال شامل دي۔ ستاسې جينيايي مالومات به د څېړنې په موخه کارول کيږي او ستاسې د نورو مالوماتو تر څنګ چې ستاسې پېژندګلوی ترينه کيږي به نورو خلکو ته نه افشا کيږي۔ [Add if applicable.] د پېژنګلوي وړ مالومات به افشا کيږې:

هغه مالومات چې په دې څېړڼه کې به ليدل کيږې، راټوليږي، کارول کيږي او افشا کيږي:

[Delete all that do not apply]

* نوم او د سيمې اړوند مالومات (عمر، جنس، نژاديت، آدرس، د ټليفون شمېره، او دې ته ورته۔)
* ستاسې د ټولنيز خونديتوب شمېره
* ستاسې د مخکيني او وسني طبي ريکارډ څه برخې چې په دې څېړنې پورې اړه لري، په شمول د تشخيص خو تر دې محدود نه دي، تاريخ او فزيکي، د لابراتوار يا نسج څېړڼې، راديالوژي څېړنې، د پروسو پايلې
* د څېړنې ليدنې او څېړنو ازموينو ريکارډز
* روحياتي ازموينې
* د الکولو عمل، الکول يا مخدره توکو ناوړه استعمال
* ازموينې يا د نارغيو لامله سرايت چې د اولسي روغتيا څانګې ته د راپور کېدو وړ وي، په شمول خو تر دې محدود نه: د بشري ايمونوډيفيشنسي ويروس (HIV)، تور زېړی (ټولې بڼې) نری رنځ، يا د جنسي عمل له لارې خپرېدونکې نورې ناروغۍ۔
* د وينې د حجرو د ګډوډي ازموينه
* د نسجونو نمونې او د غه نمونو سره ډېټا
* بلونه يا مالي مالومات
* نور (مهرباني وکړئ مشخص کړئ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**د اختياري اضافي څېړنې پروسو لپاره د HIPAA رسمي اجازه**

د څېړنې په خلاصه کې، تاسې ته غوراوی درکړل شوی و تر څو د څېړنې د اضافي، اختياري پروسو سره توافق وکړئ۔ تاسې بايد موږ ته هم، د HIPAA د اصولو سره سم، اجازه راکړئ تر څو له دې اضافي پروسو څخه ترلاسه شو مالومات استعمال او افشا کړو، لکه څنګه چې پورته بيان شوي۔

[If applicable] په ځينې دغه اختياري پروسو کې کيدای شي ستاسې جينيايي ازموينې يا ستاسې د جينيايي مالوماتو استعمال شامل وي۔: ستاسې جينيايي مالومات به د څېړنې په موخه کارول کيږي او نور خلکو ته به د هغه مالوماتو تر څنګ نه افشا کيږي چې ستاسې پېژنګلوی ترينه کيږي۔ [If applicable] د پېژنګلوي وړ مالومات به افشا کيږې:

که تاسې موږ ته د خپل مالوماتو د استعمالولو يا افشا کولو اجازې راکولو څخه انکار وکړئ، تاسې په دې اختياري پروسو کې برخه نشئ اخيستلی، خو بيا هم په مرکزي څېړنه کې ګډون کولی شئ۔ مهرباني وکړئ د خپل انتخاب سره د نوم د لومړي توري لاسليک وکړئ:

\_\_\_\_\_ د خپل مالوماتو لپاره اجازه ورکوم، له اختياري پروسو څخه چې ما ورسره پورته توافق کړی، چې استعمال او افشا شي لکه څنګه چې په دې برخه کې بيان شوي۔

\_\_\_\_\_ زه د هيڅ ډول اختياري پروسو لپاره اجازه **نه** ورکوم تر څو استعمال او افشا شي؛ زه پوهېږم چې زه به په هيڅ ډول اختياري پروسو کې ګډون ونکړم۔

**يواځې د څېړڼي د ګډونوال لخوا بايد بشپړه شي**

مهرباني وکړئ خپل نوم **وليکئ**، **لاسليک** وکړئ او لاندې **نېټه** وليکئ که چېرې تاسې د خپل خوندي شوي روغتيايي مالوماتو د استعمال او افشا کېدو سره توافق کوئ لکه څنګه چې د دې څېړڼې او هر ډول اختياري څېړنو چې تاسې ورسره د توافق د فورمې په وسيله توافق کړی لپاره پورته بيان شوي۔ د رسمي اجازې د دې فورمې لاسليک کولو له لارې، تاسې به د هيڅ ډول قانوني حقونو څخه بې برخې نشئ۔ موږ به تاسې ته د لاسليک شوې فورمې يوه کاپي درکړو تر څو يې کيږدئ۔

د ګډونوال نوم

د ګډونوال لاسليک (18 کلن يو لوی او توافق ورکولو جوګه) نېټه

د قانوني صلاحيت لرونکي استازي لاسليک چې صلاحيت لري لپاره د نېټه

د څېړنې پرېکړې (که تطبيقيږي)

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

د قانوني صلاحيت لرونکي استازي صلاحيت يا د ګډونوال سره اړيکې (که تطبيقيږي)