

تصريح المريض للاستخدام والإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية  
لأغراض البحث

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

الاسم الاخير، الاول، الحرف الاول من الاسم الاوسط

العنوان

اسم الشارع او صندوق البريد      المدينة      الولاية      الرمز البريدي

أنا أحول الكيان المؤمن عليه الذي تم تحديده أدناه بالإفصاح عن أي وجميع المعلومات الواردة في سجلات المريض المذكورة أعلاه، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالمخدرات و / أو سجلات العلاج من الكحول أو الخدمات الاجتماعية أو الاتصالات الموجهة إلى موظف الخدمات الاجتماعية أو الطبيب النفسي ، والوثائق المعقدة المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، أجد أي في، وإلى الفرد (الأفراد) أو المنظمة (المنظمات) المدرجة أدناه. يرجى شطب أي اسم غير مسموح بإدراجه.

أوافق على استخدام معلوماتي الصحية والإفصاح عنها (المحددة أدناه):

من:	اسم المستشفى أو نظام الرعاية الصحية أو مزود	إلى: _____	اسم الباحث الرئيسي عن المشروع (بي أي)
العنوان:	التلفون: _____	العنوان:	التلفون: _____
التلفون:	الفاكس: _____	التلفون:	الفاكس: _____
			تقديم أسماء إضافية حسب الضرورة:

دراسة بحثية لهذا الاستخدام والإفصاح:

عنوان الدراسة	اسم الباحث الرئيسي	الرقم الخاص بالمجلس
انتفاء الشخص	اسم المجلس	مجلس مراجعة مكلاين المؤسسية للرعاية الصحية

الغرض من الاستخدام والإفصاح هو إجراء البحوث المذكورة أعلاه. المعلومات التي يمكن استخدامها أو الكشف عنها تشمل: تاريخ ميلادك، اسم، معلومات الاتصال، رقم الضمان الاجتماعي، رقم السجل الطبي، ومعلومات التأمين؛

وسيتم الحصول على ما يلي اعتباراً من \_\_\_\_\_ . يرجى التحقق من كل ما ينطبق:

<يرجى إدراج الشهر / السنة>

0 التاريخ الطبي والبدني.

0 تقارير تحسن الحالة؛

0 معلومات محددة حول العلاج الذي تتلقاه.

0 معلومات عن الحالات الطبية الأخرى التي قد تؤثر على علاجك.

0 البيانات الطبية، بما في ذلك نتائج الاختبارات المعملية، الأشعة المقطعية، التصوير بالرنين المغناطيسي، الأشعة السينية، تقارير الأمراض

0 أخرى (وصف):

تفويضك لاستخدام المعلومات السابقة والإفصاح عنها:

0 ينتهي في \_\_\_\_\_

0 سنتهي عندما يتم تحديد الدراسة البحثية من قبل أي آر بي.

في حالة توقيع نموذج التفويض هذا، فإنه يمكنك إبطاله لاحقاً. يجوز لك رفض منح الإذن، ولن يؤثر رفضك على قدرتك على الحصول على العلاج. ومع ذلك، لا يجوز لك المشاركة في الدراسة البحثية. يمكنك سحب تفويضك في أي وقت بإخطار محقق المشروع الرئيسي (انظر أعلاه) خطياً.

إذا قمت بسحب التفويض الخاص بك، فإن مشاركتك في الدراسة تنتهي، وبدءاً من تاريخ سحب الترخيص الخاص بك، فإن موظفي الدراسة سيقومون بالتوقف عن جمع المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بك لهذا البحث. ومع ذلك، قد تستمر المعلومات الصحية الشخصية التي تم جمعها قبل سحب الترخيص الخاص بك لاستخدامها لهذا البحث.

عند التوقيع على هذا التفويض، قد يتم الكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بك من قبل الباحث إذا كان مسموحاً به أو مطلوب من قبل القانون الاتحادي أو الدولة المعمول بها. المعلومات الخاصة بك التي يتم إعادة الكشف عنها قد لا تكون محمية من قبل لوائح الهيئات (حماية المعلومات الشخصية للمريض).

لقد قرأت هذا النموذج وتمت الاجابة على أسئلتي.

أنا أوقع باختياري. أنا أوافق على الكشف عن معلوماتي الصحية كما هو موضح في هذا النموذج.

التاريخ

توقيع المريض أو الممثل القانوني

اسم الممثل القانوني ووصف السلطة للعمل نيابة عن المريض

منح نسخة للمريض