

Children's Hospital Los Angeles استخدام المعلومات الصحية المحمية والكشف عنها

الاسم:
رقم السجل الطبي:
تاريخ الميلاد:

أصدرت الولايات المتحدة قانون خصوصية لحماية حقوق الخصوصية الخاصة بالأفراد المسجلين في الدراسات البحثية. تم تصميم قانون الخصوصية لحماية سرية المعلومات الصحية الخاصة بالأفراد. تصف هذه الوثيقة الحقوق الخاصة بك وتشرح كيفية استخدام معلوماتك الصحية والكشف عنها بصفة عامة من أجل أغراض هذه الدراسة.

الغرض من جمع المعلومات الصحية المحمية (PHI) لهذه الدراسة هو مساعدة الباحثين على إيجاد الأجوبة عن الأسئلة المثارة خلال هذه الدراسة البحثية. يقوم الباحث المسؤول أو الشخص المختص بالدراسة بإخبارك عن أنواع المعلومات الصحية المحمية (PHI) المستخدمة لأغراض هذه الدراسة البحثية.

يمكن استخدام المعلومات الصحية المحمية من السجل الطبي الخاص بك أو جمعها عنك وقد تشتمل على نتائج معملية وتقارير الأشعة السينية والتشخيصات ومعلومات زيارة الطبيب. تستخدم المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لأغراض الدراسة. يقتصر الوصول إلى المعلومات الخاصة بك على أقل قدر من المعلومات اللازمة للوصول إلى أهداف الدراسة.

يمكن أن يقوم الباحث الرئيسي والمسؤول عن الدراسة بإعطاء معلومات عنك إلى ممثلي الهيئات التنظيمية لضمان جودة البيانات ولإجراء الدراسة وكذلك الهيئات الأخرى والتي ستتم مناقشتها معك من خلال الباحث الرئيسي والمسؤول عن الدراسة. بمجرد أن يتم الكشف عن المعلومات الخاصة بك وفقاً لهذه التحويلات، يقوم الشخص أو المنظمة التي تلقت المعلومات بإعادة كشفها ولا تكون المعلومات محمية بعد ذلك من قبل قوانين الخصوصية الفيدرالية.

يمكن نشر نتائج هذه الدراسة البحثية في الصحف العلمية أو تقديمها في الاجتماعات المتخصصة، ولكن لن يتم الكشف عن هويتك.

يتم ربط المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك بالمعلومات التي تحدد هويتك لفترة زمنية محددة. بعد ذلك، يتم إتلاف جميع الروابط ولن يتم تحديد هويتك.

قد ينتهي هذا التحويل في تاريخ انتهاء الدراسة أو في تاريخ الانتهاء الفعلي أو في حالة حدوث حدث معين أو قد لا ينتهي على الإطلاق.

لديك الحق في الوصول إلى المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك (PHI) التي يتم إنشاؤها خلال الدراسة حيث إنها مرتبطة بالعلاج أو المدفوعات الخاصة بك. يتاح وصولك إلى المعلومات الخاصة بالبحث فقط بعد الانتهاء من تحليلات الدراسة. يمكن الكشف عن معلومات المدفوعات قبل الانتهاء من الدراسة في حالة الحاجة إلى إصدار الفواتير إلى شركة التأمين التي تتعامل معها.

إذا قمت بسحب التحويل، أي معلومات تم الكشف عنها قبل ذلك لا يمكن سحبها ويستمر استخدامها. يمكنك سحب هذا التحويل في أي وقت من خلال إعلام الباحث الرئيسي كتابةً.

يمكنك رفض التوقيع على نموذج التحويل هذا. إذا اخترت عدم التوقيع على هذا النموذج، فلن يمكنك المشاركة في هذه الدراسة البحثية. رفض التوقيع لن يؤثر على الرعاية الطبية الحالية أو المستقبلية التي تتلقاها ولن يسبب لك أي خسائر ذات صلة.

يمكنك الحصول على معلومات إضافية من الباحث الرئيسي. يمكنك الاتصال على _____ عبر _____ في أي وقت يكون لديك أسئلة عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك. يمكنك الاتصال على برنامج حماية المشاركين البشريين في CHLA على الرقم 323-361-2265 إذا كانت لديك أسئلة عن حقوقك كمشارك في البحث.

التاريخ	توقيع المشارك
التاريخ	توقيع الوالد/الوصي (إذا كان ساريًا)
التاريخ	توقيع الوالد/الوصي (إذا كان ساريًا)
	اسم الشاهد بحروف واضحة
التاريخ	توقيع الشاهد*

*بفيد توقيع الشاهد بالإقرار بأنه/أنها قدم خدمات الترجمة وساعد في توصيل الشرح والأسئلة والإجابات باللغة التي يتكلم بها المشارك أو والده أو الوصي القانوني.