

Children's Hospital Los Angeles
**Использование и раскрытие конфиденциальной информации
медицинского характера**

ФИО:	
Медицинская карта №:	Дата рождения:

Правительство США издало закон о защите прав физических лиц, участвующих в исследованиях, и соблюдении конфиденциальности информации. Закон о конфиденциальности разработан с целью защиты конфиденциальности информации медицинского характера физических лиц. Настоящий документ описывает ваши права и поясняет методы использования вашей информации медицинского характера и ее раскрытия в рамках данного исследования.

Цель сбора конфиденциальной информации медицинского характера (PHI) в рамках данного исследования заключается в предоставлении лицам, проводящим исследование, помощи в ответах на вопросы, задаваемые в рамках данного исследования. Главный исследователь или персонал исследования расскажут вам, какие типы конфиденциальной информации медицинского характера будут использоваться и раскрываться в рамках данного экспериментального исследования

Конфиденциальная информация медицинского характера может браться из вашей медицинской карты или получаться от вас, и может включать результаты лабораторных исследований, отчеты рентгеновских исследований, диагнозы и данные, полученные в ходе посещения врачей. Ваша конфиденциальная информация медицинского характера будет использоваться для целей проведения исследования. Доступ к вашим данным ограничивается минимальным объемом информации, необходимым для достижения целей исследования.

Информация о вас может предоставляться главным исследователем и персоналом исследования представителям регулирующих органов для обеспечения высокого качества данных и проведения исследования, а также другим учреждениям, о чем вы будете уведомляться главным исследователем и персоналом исследования. После того, как информация о вас будет раскрыта в соответствии с таким разрешением, физическое лицо или организация, получающие такую информацию, могут повторно разглашать

такую информацию, и ваша информация при этом не будет больше защищена Федеральным законом о защите конфиденциальности.

Результат этого исследования может публиковаться в научных журналах или оглашаться на профессиональных встречах, но без раскрытия вашей личности.

Ваша конфиденциальная информация медицинского характера будет связана с информацией, идентифицирующей вашу личность, на протяжении определенного времени. После этого все ссылки будет уничтожены, и вашу личность установить будет невозможно.

Настоящее разрешение может истекать на дату окончания исследования, фактическую дату истечения установленного срока, при возникновении определенного события или не иметь даты истечения.

Вы имеете право получить доступ к своей конфиденциальной информации медицинского характера, связанной с вашим лечением или платежами, которая может быть создана во время данного исследования. Доступ к информации исследования вы сможете получить только после завершения анализа исследования. Информация об оплате может быть предоставлена до завершения исследования, если это требуется для выставления счетов по вашей страховке.

Если вы отзывате свое разрешение, вся ранее раскрытая информация не может быть отозвана и может продолжать использоваться. Вы можете отозвать это разрешение в любое время, уведомив об этом главного исследователя в письменном виде.

Вы можете отказаться подписывать данный бланк разрешения. Если вы решите не подписывать данный бланк, вы не сможете принять участие в экспериментальном исследовании. Ваш отказ подписать бланк не повлияет на оказание вам медицинских услуг в настоящем и будущем, и не приведет к утрате преимуществ, на которые вы, в ином случае, могли бы рассчитывать.

Более подробную информацию вы можете получить у лица, проводящего исследование. Если у вас есть вопросы относительно вашей конфиденциальной информации медицинского характера, обращайтесь к _____ в любое время. Если у вас есть

вопросы относительно ваших прав, как участника исследования, вы можете обратиться в Программу по защите прав людей, являющихся субъектами исследования, CHLA по тел. 323-361-2265.

Подпись участника

Дата

Подпись родителя/законного опекуна (если применимо)

Дата

Подпись родителя/законного опекуна (если применимо)

Дата

ФИО свидетеля печатными буквами

Подпись свидетеля*

Дата

**Подпись свидетеля подтверждает, что он/она получили услуги устного перевода и помощь в связи с пояснениями и ответами на вопросы на языке, на котором говорит участник исследования или родитель/законный опекун участника исследования.*