

IRB# _____

University of California

ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ

ចំណងជើងការសិក្សា៖ _____

ឈ្មោះអ្នកស្រាវជ្រាវចម្បង៖ _____

ទីតាំង UC៖ _____

A. តើអ្វីជាគោលបំណងនៃទម្រង់បែបបទនេះ?

ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីទទួលបានការអនុញ្ញាតពីអ្នក ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមការងារសិក្សា និងបុគ្គលដទៃទៀតដែលមានរាយបញ្ជីនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ មើល និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នក សម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវដែលមានរាយបញ្ជីខាងលើ។

ច្បាប់ឯកជនភាពរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ការពារព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នក។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នកមិនអាចត្រូវបានចែករំលែកសម្រាប់គោលបំណងស្រាវជ្រាវបានឡើយ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នកនឹងត្រូវចែករំលែកជាមួយក្រុមការងារសិក្សា និងបុគ្គលដទៃទៀតដែលមានរាយបញ្ជីនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ពួកគេនឹងប្រើប្រាស់ និងការពារព័ត៌មានរបស់អ្នក ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងទម្រង់បែបបទយល់ព្រមដែលបានដឹង។

B. ហេតុអ្វីបានជាក្រុមការងារសិក្សាត្រូវការព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់ខ្ញុំ?

សំណួរស្រាវជ្រាវជាច្រើនអាចត្រូវបានឆ្លើយតបដោយការពិនិត្យមើលព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) តែប៉ុណ្ណោះ។ ក្រុមការងារសិក្សានឹងពិនិត្យមើលតែព័ត៌មានដែលត្រូវការដើម្បីឆ្លើយតបនឹងសំណួរស្រាវជ្រាវប៉ុណ្ណោះ។

C. តើព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) ណាខ្លះនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក?

ក្រុមការងារសិក្សានឹងចូលប្រើ និងប្រើប្រាស់តែព័ត៌មានដែលចាំបាច់សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងទម្រង់បែបបទយល់ព្រមដែលបានដឹងប៉ុណ្ណោះ។ ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI)

អាចរួមបញ្ចូលទាំងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ វិក្កយបត្រ និងកំណត់ត្រាធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងកំណត់ត្រាផ្សេងទៀតដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នក រួមទាំងឈ្មោះ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត កាលបរិច្ឆេទនៃការទៅមន្ទីរពេទ្យ លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ និងព័ត៌មានកំណត់អត្តសញ្ញាណ ផ្ទាល់ខ្លួនផ្សេងទៀត។ ព័ត៌មានកំណត់អត្តសញ្ញាណទាំងនេះអាចត្រូវបានប្រើដោយឡែកពីគ្នា ឬរួមបញ្ចូលគ្នាជាមួយព័ត៌មានផ្សេងទៀតដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នក។

សម្រាប់ការសិក្សានេះ ក្រុមការងារសិក្សាអាចចូលប្រើ និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះពីកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រួមមានជាអាទិ៍៖

- ព័ត៌មានអំពីអ្នក ដូចជាថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នក
- កំណត់ត្រាគ្លីនិកពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព
- ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ និងរោគវិនិច្ឆ័យ
- ថ្នាំ ឬការព្យាបាលនាពេលបច្ចុប្បន្ន និងអតីតកាល
- ការពិនិត្យរាងកាយ
- លទ្ធផលតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និងការចតន្ទៈ
- កំណត់ត្រាវិក្កយបត្រ

D. តើព័ត៌មានសុខភាពរសើបនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកដែរឬទេ?

ប្រសិនបើការសិក្សានេះរួមបញ្ចូលទាំងការចូលប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរសើប ក្រុមការងារសិក្សា ផឹកតែប្រអប់ទាំងឡាយណាដែលត្រូវគ្នា។ ក្រុមការងារសិក្សានឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះ លុះត្រាតែអ្នក ផ្តល់ការអនុញ្ញាតដោយចុះអក្សរកាត់នៃឈ្មោះលើបន្ទាត់។ (ក្រុមការងារសិក្សាផឹកតែប្រអប់ ទាំងឡាយណាដែលត្រូវគ្នាប៉ុណ្ណោះ។)

- ☐ ព័ត៌មានតេស្តរកមេរោគ HIV/AIDS _____ (អក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នក)
- ☐ ព័ត៌មានតេស្តហ្វេន _____ (អក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នក)
- ☐ រោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹងហួសកម្រិត
_____ (អក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នក)
- ☐ រោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត _____ (អក្សរកាត់នៃឈ្មោះរបស់អ្នក)

E. តើអ្នកណាខ្លះនឹងមានសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់ខ្ញុំ?

ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយក្រុមការងារសិក្សា។ ពួកគេនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នកសម្រាប់តែការស្រាវជ្រាវដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងទម្រង់បែបបទយល់ព្រមដែលបានដឹងពីមុនប៉ុណ្ណោះ។

បុគ្គលផ្សេងទៀតដែលអាចមើលឃើញព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នកគឺ៖

- មន្ត្រី UC ដែលត្រួតពិនិត្យការស្រាវជ្រាវ
- អ្នកឧបត្ថម្ភការស្រាវជ្រាវ និងតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់ពួកគេ អង្គការស្រាវជ្រាវគ្លីនិក និងក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ ប្រសិនបើចាំបាច់ ដើម្បីវាយតម្លៃសុវត្ថិភាពនៃការសិក្សា
- បុគ្គលដែលពិនិត្យមើលគុណភាព និងសុវត្ថិភាពនៃការស្រាវជ្រាវ ដូចដែលបានតម្រូវដោយច្បាប់ រួមទាំងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលសហរដ្ឋអាមេរិក ដូចជា Food and Drug Administration ឬការិយាល័យ Office of Human Research Protections ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលនៅក្នុងប្រទេសផ្សេងទៀត នៅពេលដែលការស្រាវជ្រាវត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងប្រទេសផ្សេង។

F. តើព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នកនឹងត្រូវប្រើប្រាស់សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវជាជម្រើសដែរឬទេ?

☐ ប្រសិនបើប្រអប់នេះត្រូវបានផ្ញើ ការស្រាវជ្រាវរួមបញ្ចូលទាំងសកម្មភាពស្រាវជ្រាវជាជម្រើស ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងទម្រង់បែបបទយល់ព្រមដែលបានដឹងពីមុន។ យើងអាចចាំបាច់ត្រូវប្រមូលព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) បន្ថែមសម្រាប់សកម្មភាពទាំងនេះ។ ការចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវជាជម្រើសគឺជាការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក។ ការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកក្នុងការចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នកនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការចូលរួមរបស់អ្នកក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវសំខាន់នោះទេ។ ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកចំពោះការចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នកសម្រាប់សកម្មភាពស្រាវជ្រាវជាជម្រើស សូមដាក់ឈ្មោះជាអក្សរកាត់នៅទីនេះ៖ _____។

G. តើខ្ញុំចាំបាច់ត្រូវចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះដែរឬទេ?

ទេ អ្នកមិនចាំបាច់ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះទេ។ ដើម្បីស្ថិតក្នុងការសិក្សានេះ អ្នកនឹងត្រូវចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ជម្រើសរបស់អ្នកនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការព្យាបាលគ្លីនិក ឬការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតនៅ University of California ឡើយ។

H. តើការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំផុតកំណត់ដែរឬទេ?

ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកដើម្បីប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នក

នឹងបញ្ចប់នៅពេលដែលការសិក្សាបញ្ចប់ ហើយការតាមដាន និងការរក្សាកំណត់ត្រាទាំងអស់ ត្រូវបានបញ្ចប់។

I. តើខ្ញុំអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំបានដែរឬទេ?

អ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បានដោយសរសេរទៅកាន់ក្រុមការងារសិក្សា (សូមមើលព័ត៌មានទំនាក់ទំនងនៅលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមដែលបានដឹង)។ ប្រសិនបើអ្នកលុបចោល អ្នកប្រហែលជាមិនអាចបន្តស្ថិតក្នុងការសិក្សាទៀតទេ។ ក្រុមការងារសិក្សានៅតែអាចរក្សាទុក និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) ដែលពួកគេបានប្រមូលរួចហើយ។ ប៉ុន្តែពួកគេមិនអាចចូលប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) បន្ថែមអំពីអ្នកបានឡើយ លុះត្រាតែវាត្រូវបានតម្រូវដោយទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលកំពុងត្រួតពិនិត្យការស្រាវជ្រាវនោះ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នក

ខ្ញុំបានអានទម្រង់បែបបទនេះរួចហើយ។ ខ្ញុំក៏មានឱកាសសួរសំណួរអំពីការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់ខ្ញុំផងដែរ។ ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់ខ្ញុំសម្រាប់ការសិក្សានេះ។ អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ជូននូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះដែលបានចុះហត្ថលេខា។

ឈ្មោះអ្នកចូលរួម – តម្រូវ (សរសេរជាអក្សរធំ)

ហត្ថលេខារបស់អ្នកចូលរួម

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ

ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតស្របច្បាប់

ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមគឺជាក្មេងដែលមានអាយុពី 0-17 ឆ្នាំ ឬប្រសិនបើអ្នកចូលរួមមិនអាចបំពេញទម្រង់បែបបទនេះទេ ឪពុកម្តាយ ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ត្រូវតែពិនិត្យមើលទម្រង់បែបបទនេះ និងបំពេញផ្នែកនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នកចូលរួម សូមសរសេរជាអក្សរធំនូវឈ្មោះអ្នកចូលរួម ឈ្មោះរបស់អ្នក ហើយចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។

ឈ្មោះអ្នកចូលរួម – តម្រូវ (សរសេរជាអក្សរធំ)

ឪពុកម្តាយឬអ្នកតំណាងមានការអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ (សរសេរជាអក្សរធំ) ទំនាក់ទំនងជាមួយ
អ្នកចូលរួម – តម្រូវ

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ

សាក្សី

ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវតែអានឱ្យអ្នកចូលរួម ឬឪពុកម្តាយ ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតស្របច្បាប់របស់អ្នកចូលរួមស្តាប់ ដោយសារពួកគេមិនអាចអានទម្រង់បែបបទនេះបាន សាក្សីម្នាក់ត្រូវតែមានវត្តមាន និងចុះហត្ថលេខានៅទីនេះ៖

ឈ្មោះសាក្សី (សរសេរជាអក្សរធំ)

ហត្ថលេខាសាក្សី

កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ