

# សេចក្ដីអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

# ទម្រង់ផ្ដល់ការអនុញ្ញាត HIPAA[[1]](#footnote-1)

# លេខការសិក្សា IRB៖ សូមចុច ឬចូលត្រង់នេះដើម្បីបញ្ចូលអត្ថបទ។

# ចំណងជើងការសិក្សា៖ សូមចុច ឬចូលត្រង់នេះដើម្បីបញ្ចូលអត្ថបទ។

# ឈ្មោះអ្នកស្រាវជ្រាវបង្គោល៖ សូមចុច ឬចូលត្រង់នេះដើម្បីបញ្ចូលអត្ថបទ។

# អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់អ្នកស្រាវជ្រាវបង្គោល៖ សូមចុច ឬចូលត្រង់នេះដើម្បីបញ្ចូលអត្ថបទ។

# តើទម្រង់នេះមានគោលបំណងអ្វីខ្លះ?

គោលបំណងនៃទម្រង់នេះគឺសម្រាប់ឱ្យអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យយើងប្រើប្រាស់ និង​ចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់កិច្ចការស្រាវជ្រាវដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ ហើយប្រសិនបើយើងត្រូវការកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្រ្តរបស់អ្នកសម្រាប់ឱ្យអ្នកផ្តល់​ការអនុញ្ញាតដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលកំពុងព្យាបាលអ្នក នៅក្នុងការ​ផ្ដល់នូវ​កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្រ្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ។ បន្ទាប់មកក្រុមស្រាវជ្រាវអាចប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់អ្នកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងទម្រង់យល់ព្រម ហើយអាចធ្វើការចែករំលែកដោយ​ក្រុមស្រាវ​ជ្រាវ​ទៅដល់អ្នកដទៃផ្សេងទៀត រួមទាំងអ្នកដែលជួយដល់ការស្រាវជ្រាវ គ្រប់គ្រងការ​ស្រាវជ្រាវ ឬឧបត្ថម្ភការស្រាវជ្រាវ ដូចដែលបានពន្យល់នៅខាងក្រោម។ ទម្រង់នេះក៏រៀបរាប់ផងដែរអំពីប្រភេទព័ត៌មានសុខភាពដែលនឹងត្រូវប្រើប្រាស់សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្តល់ការអនុញ្ញាត និងចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវ នោះអ្នកត្រូវ​តែចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់នេះ និងទម្រង់យល់ព្រម។ អ្នកគួរដឹងថា នៅពេលដែលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបាន​ផ្ដល់ទៅឱ្យបុគ្គល​ដទៃផ្សេងទៀត ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងទម្រង់នេះ នោះព័ត៌មាននេះអាចនឹងមិន​ត្រូវបានការពារដោយច្បាប់ឯកជនភាពឡើយ ហើយអាចផ្ដល់ទៅឱ្យ​បុគ្គលដទៃ​ផ្សេងទៀត លើសពីចំណុចដែលមានរៀបរាប់នៅក្នុងទម្រង់នេះ ឬទម្រង់យល់ព្រម។

#

# តើព័ត៌មានសុខភាពអ្វីខ្លះដែលនឹងត្រូវផ្តល់ជូន?

ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដែលត្រូវប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ រួមមាន ព័ត៌មានដែលត្រូវបានត្រួតពិនិត្យដោយក្រុមស្រាវជ្រាវដូចខាងក្រោម៖

[ ] កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្រ្តរបស់អ្នក ដែលអាចមានទាំងកំណត់ត្រា​អំពីការទៅអញ្ជើញទៅមន្ទីរពេទ្យ និងគ្លីនិកការអញ្ជើញទៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ប្រវត្តិតាមដានសុខភាព និងការពិនិត្យកាយសម្បទា ការប្រើប្រាស់​ឱសថ រូបភាព និងរបាយការណ៍ថតរូបភាព កំណត់សម្គាល់វឌ្ឍនភាព ការធ្វើតេស្ត​ចិត្តសាស្ត្រ របាយការណ៍ EEG/EKG/ECHO របាយការណ៍មន្ទីរពិសោធន៍ និង​រោគសាស្ត្រ កំណត់ត្រាសុខភាពមាត់ធ្មេញ និងរបាយការណ៍ហិរញ្ញវត្ថុ។ កំណត់ត្រាទាំងនេះអាចនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ និងចែករំលែក ដរាបណាការស្រាវជ្រាវ​នៅតែបន្ត។

[ ]  ព័ត៌មានដែលប្រមូលបានជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ដែលរួមមាន នីតិវិធីស្រាវជ្រាវ ការចុះសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងចំណុចផ្សេងៗដែល​មិនមែន​ជាកាតព្វកិច្ចណាមួយនៃការស្រាវជ្រាវដែលអ្នកបានយល់ព្រម ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុង​ទម្រង់យល់ព្រម។ ព័ត៌មាននេះប្រហែលជាពុំមែនជាផ្នែកមួយនៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្រ្តរបស់អ្នកឡើយ ហើយអាចមាននូវព័ត៌មានផ្សេងៗ ដូចជាចម្លើយចំពោះការស្ទង់មតិ និងកម្រងសំណួរ ព្រមទាំងព័ត៌មានដែលប្រមូលបាននៅអំឡុងការស្រាវជ្រាវ ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុង​ទម្រង់យល់ព្រម។

# ចុះចំណែកព័ត៌មានសុខភាពដែលសំខាន់ខ្លាំងនឹងត្រូវដំណើរការយ៉ាងដូចម្ដេច?

# ព័ត៌មានសុខភាពមួយចំនួនមានសារសំខាន់ខ្លាំង ដូច្នេះតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាត​ច្បាស់លាស់ពីអ្នក។ ប្រសិនបើការស្រាវជ្រាវដែលអ្នកកំពុងចូលរួមតម្រូវឱ្យផ្ដល់ព័ត៌មានសំខាន់ណាមួយ នោះ​ប្រអប់ខាងក្រោមនឹងត្រូវដាក់សញ្ញា ហើយអ្នកនឹងត្រូវស្នើឱ្យគូសញ្ញា ដើម្បី​អនុញ្ញាត​​ឱ្យមានការផ្ដល់ព័ត៌មានទៅឱ្យក្រុមស្រាវជ្រាវដើម្បីប្រើប្រាស់ និងចែករំលែក​ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងទម្រង់យល់ព្រម។

[ ]  កំណត់ត្រាប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង ការធ្វើរោគ​វិនិច្ឆ័យ និងកំណត់ត្រាព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ។ \_\_\_\_(សូមគូសញ្ញា)

[ ]  កំណត់ត្រាធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍របស់ខ្ញុំ។\_\_\_\_ (សូមគូសញ្ញា)

[ ] កំណត់ត្រាធ្វើតេស្តហ្សែនរបស់ខ្ញុំ។\_\_\_\_\_ (សូមគូសញ្ញា)

[ ]  កំណត់ត្រាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬកំណត់ត្រាព្យាបាលសុខភាព​ផ្លូវចិត្តរបស់ខ្ញុំ។\_\_\_\_\_ (សូមគូសញ្ញា)

[ ] កំណត់ត្រាជំងឺ Sickle Cell Anemia (ជំងឺស្លេកស្លាំងកោសិកា​ឈាមក្រហម) របស់ខ្ញុំ។\_\_\_\_\_ (សូមគូសញ្ញា)

# តើនរណាខ្លះដែលអាចចូលមើល និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ?

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវនេះ នោះព័ត៌មាន​សុខភាពរបស់អ្នក​នឹងត្រូវចែករំលែកជាមួយ៖

* 1. ក្រុមស្រាវជ្រាវដែលធ្វើការស្រាវជ្រាវ ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងទម្រង់យល់ព្រម រួមទាំង​ស្ថាប័នស្រាវជ្រាវសហការ ឬពាក់ព័ន្ធ ដែលចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវ ដូចមានរៀបរាប់​នៅក្នុងទម្រង់យល់ព្រម។
	2. បុគ្គលផ្សេងទៀតនៅសាកលវិទ្យាល័យ University of Minnesota និង M Health/​Fairview ដែលផ្តល់ការគាំទ្រសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ឬអ្នកដែលត្រួតពិនិត្យ​ការស្រាវជ្រាវ (ដូចជាក្រុមប្រឹក្សាត្រួតពិនិត្យស្ថាប័ន (Institutional Review Board) ឬ IRB) ដែល​ជា​គណៈកម្មាធិការផ្តល់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកក្រមសីលធម៌ និងបទប្បញ្ញត្តិលើការស្រាវ​ជ្រាវ​នៅសាកលវិទ្យាល័យ អ្នកគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធ (systems administrators) និងផ្សេងទៀត បុគ្គលិកជំនួយផ្នែកបច្ចេកទេស និង/ឬ រដ្ឋបាល អ្នកជំនាញផ្នែកអនុលោមភាព និង​សវនកម្ម បុគ្គលដែលចូលរួមក្នុងដំណើរការសំណងដែលអ្នកអាចទទួលបាន​សម្រាប់​ការចូលរួមរបស់អ្នក និងបុគ្គលដទៃផ្សេងទៀត)។
	3. អ្នកឧបត្ថម្ភការស្រាវជ្រាវ ដៃគូសហការ ដៃគូ ឬភ្នាក់ងាររបស់អ្នក​ឧបត្ថម្ភដែល​ចូលរួម​ក្នុងការស្រាវជ្រាវ អង្គការផ្តល់មូលនិធិដល់ការស្រាវជ្រាវ និងដៃគូសហការ ដៃគូ ឬ​ភ្នាក់ងាររបស់អង្គការផ្តល់មូលនិធិដែលចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវ។
	4. អង្គការដែលផ្តល់ការទទួលស្គាល់ និងត្រួតពិនិត្យសម្រាប់ក្រុមស្រាវជ្រាវ ព្រមទាំង​អង្គការដទៃទៀតដែលត្រូវបានច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យត្រួតពិនិត្យគុណភាព និងសុវត្ថិភាពនៃ​ការស្រាវជ្រាវ (ដូចជា ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល​អាមេរិក ដូចជា រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និង​ឱសថ (Food and Drug Administration) ការិយាល័យការពារការស្រាវជ្រាវលើមនុស្ស (Office of Human Research Protections) ការិយាល័យសុចរិតភាពស្រាវជ្រាវ (Office of Research Integrity) ​ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលនៅក្នុងប្រទេសដទៃផ្សេងទៀត) និង
	5. អង្គការដែលដំណើរការទឹកប្រាក់ណាមួយដែលអាចផ្តល់ជូនអ្នកសម្រាប់ការចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សានេះ ព្រមទាំងបុគ្គល ឬអង្គការផ្សេងទៀត ដែលបានកំណត់នៅក្នុងទម្រង់យល់ព្រម។

# តើខ្ញុំចាំបាច់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់នេះ?

អត់ទេ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់នេះឡើយ។ ប៉ុន្តែ ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះទេ នោះអ្នកនឹងមិនអាច​ចូលរួម​នៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះទេ។ ការព្យាបាលដែលមាននៅក្រៅការសិក្សា ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលទាំងនេះ ការចុះឈ្មោះក្នុងផែនការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នឹង​មិន​រងការប៉ះពាល់ដោយសារការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកអំពីការ​ចុះហត្ថលេខា​នៅលើ​ទម្រង់នេះឡើយ។

# តើខ្ញុំអាចពិនិត្យមើលកំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំដែរឬទេ?

# អាចមានករណីដែលក្រុមស្រាវជ្រាវអាចមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលប្រមូលបានសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។ ទោះបីយ៉ាងណា អ្នកអាចចូលមើលព័ត៌មានណាមួយដែលមាននៅក្នុងកំណត់ត្រា​វេជ្ជសាស្រ្តរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីការសិក្សាត្រូវបានបញ្ចប់។

# សកម្មភាពស្រាវជ្រាវមិនមែនជាកាតព្វកិច្ច

# ការសិក្សាស្រាវជ្រាវដែលអ្នកកំពុងចូលរួមអាចមានសកម្មភាពស្រាវជ្រាវមិនមែនជា​កាតព្វកិច្ចដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការ​ស្រាវជ្រាវនោះ ដែលមានន័យថា អ្នកមិនចាំបាច់​យល់ព្រមចំពោះសកម្មភាពទាំងនេះដើម្បីចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវឡើយ។ សូមបង្ហាញអំពីឆន្ទៈរបស់អ្នកក្នុងការចូលរួមក្នុងសកម្មភាពមិនមែនជាកាតព្វកិច្ចទាំងនេះ និងអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់អ្នកពីសកម្មភាពមិនមែនជា​កាតព្វកិច្ច​ទាំងនេះ ដូចមានរៀបរាប់ខាងក្រោមដោយដាក់សញ្ញាគូសរបស់អ្នកនៅជិត​សកម្មភាព​នីមួយៗ។

**បាទ/ចាស ទេ**

**ខ្ញុំយល់ព្រម ខ្ញុំមិនយល់ព្រមទេ**

[ ] [ ]  អ្នកស្រាវជ្រាវអាចថតសំឡេង ឬថតវីដេអូខ្ញុំ ដើម្បីជួយដល់ការវិភាគទិន្នន័យ។ អ្នកស្រាវជ្រាវនឹងមិនចែករំលែកឯកសារថត​​ទាំងនេះជាមួយបុគ្គលណាម្នាក់​ដែលមិន​ចូលរួម​នៅក្នុងការស្រាវជ្រាវបច្ចុប្បន្ន​ឡើយ។

[ ] [ ]  អ្នកស្រាវជ្រាវអាចថតសំឡេង ឬវីដេអូថតខ្ញុំសម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅក្នុងការធ្វើបទបង្ហាញ ឬការបោះពុម្ពផ្សាយសិក្សា។ អ្នកស្រាវជ្រាវនឹងចែករំលែកឯកសារថតទាំងនេះយ៉ាងទូលំទូលាយសម្រាប់គោលបំណងទាំងនេះ ហើយអត្តសញ្ញាណរបស់ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវចែករំលែកដែលជាផ្នែកមួយ​នៃ​សកម្មភាពនេះ។

[ ] [ ]  អ្នកស្រាវជ្រាវសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវនេះអាចទាក់ទងមកខ្ញុំនៅថ្ងៃអនាគត ដើម្បីដឹងថាតើខ្ញុំចាប់អារម្មណ៍ចង់ចូលរួមនៅក្នុង​ការស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្រាវជ្រាវដែរឬទេ។

ស្វែងរកក្រុមដើម្បីដាក់បញ្ចូលសកម្មភាពបន្ថែមណាមួយនៅត្រង់នេះ ត្រូវតែស្រប​ទៅនឹងសកម្មភាពពុំមែនជាកាតព្វកិច្ច ដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងទម្រង់យល់ព្រម។ ក្នុងករណីមានសកម្មភាពបន្ថែមលើសពីមួយ សូមប្រមូល សញ្ញាគូស សម្រាប់​សម្មភាព​​បន្ថែមនីមួយៗដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងទម្រង់យល់ព្រម។។

# តើការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការផ្ដល់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីប្រើប្រាស់ និងចែករំលែក អាចផុតសុពលភាពដែរឬទេ?

អត់ទេ ពុំមានថ្ងៃផុតសុពលភាពទេ។

# តើខ្ញុំអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការផ្ដល់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំដើម្បីប្រើប្រាស់ និងចែករំលែក ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស អ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកបានគ្រប់ពេលវេលា ដោយសរសេរ​លិខិត​ទៅអ្នកស្រាវជ្រាវផ្ញើទៅ អាសយដ្ឋាននៅផ្នែកខាងលើនៃទម្រង់នេះ។ ប្រសិនបើអ្នកលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក នោះអ្នកនឹងលែងមាន​ឈ្មោះនៅក្នុង​ការសិក្សាស្រាវជ្រាវទៀតហើយ។ អ្នកប្រហែលជាចង់សាកសួរសមាជិកក្រុមស្រាវជ្រាវណាម្នាក់ថាតើ ការលុបចោល​ការយល់ព្រមនេះនឹងប៉ះពាល់ដល់ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការស្រាវជ្រាវណាមួយដែរឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកលុបចោលការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក នោះព័ត៌មាន​សុខភាព​របស់អ្នក​ដែល​ត្រូវបានប្រើប្រាស់ និងចែករំលែករួចហើយ អាចបន្តប្រើប្រាស់បានសម្រាប់​ការស្រាវ​ជ្រាវ និងចំណុចផ្សេងៗដែលមិនមែនជាកាតព្វកិច្ចសម្រាប់ការសិក្សាដែល​អ្នកបាន​យល់ព្រមខាងលើ។

# ហត្ថលេខា

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចំពោះការប្រើប្រាស់ និងការបញ្ចេញព័ត៌មាន​សុខភាព​ផ្ទាល់​ខ្លួន​របស់អ្នកដូចមានរៀបរាប់នៅក្នុងទម្រង់នេះ សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកជាអក្សរធំ និង​ចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម។ អ្នកនឹងទទួលបានទម្រង់ដែលមានហត្ថលេខានេះចំនួនមួយច្បាប់**។**

ឈ្មោះអ្នកចូលរួមការស្រាវជ្រាវ (សរសេរជាអក្សរធំ)

*(ចាំបាច់ត្រូវមាន ទោះបីជាចុះហត្ថលេខាដោយឪពុកម្ដាយ/​តំណាងស្របច្បាប់​ក៏ដោយ)*

ហត្ថលេខារបស់អ្នកចូលរួមការស្រាវជ្រាវ កាលបរិច្ឆេទ

*(ចាំបាច់ត្រូវមាន ទោះបីទម្រង់ត្រូវបានអានឱ្យអ្នកចូលរួមស្ដាប់ ដោយសារគាត់​មិនចេះ​អាន​ទម្រង់ក៏ដោយ)*

# ឪពុកម្ដាយ ឬអ្នកតំណាងទទួលសិទ្ធិ

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមឱ្យធ្វើការប្រើប្រាស់ និងបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាព​ផ្ទាល់ខ្លួន​របស់​អ្នកចូលរួមការស្រាវជ្រាវដែលមានឈ្មោះខាងលើ សូមសរសេរឈ្មោះរបស់​អ្នក​ជាអក្សរធំ រួចសូមចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម។

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬតំណាងទទួលសិទ្ធិស្របច្បាប់ (សរសេរជាអក្សរធំ)

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចូលរួមការស្រាវជ្រាវ

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ឬតំណាងទទួលសិទ្ធិស្របច្បាប់ កាលបរិច្ឆេទ

# សាក្សី/អ្នកបកប្រែ

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំនៅខាងក្រោមឯកសារ ដែលព័ត៌មាននៅក្នុងទម្រង់អនុញ្ញាត HIPAA ត្រូវបានពន្យល់ (ឬអាន) យ៉ាងត្រឹមត្រូវ និងយល់ច្បាស់ដោយអ្នកចូលរួម ហើយការ​អនុញ្ញាតនោះត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកចូលរួមដោយការស្ម័គ្រចិត្ត។

ឈ្មោះសាក្សី/ អ្នកបកប្រែ (សរសេរអក្សធំ)

ហត្ថលេខារបស់សាក្សី/អ្នកបកប្រែ កាលបរិច្ឆេទ

***ការណែនាំសម្រាប់អ្នកស្រាវជ្រាវ៖***  ***សូមកុំធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយក្នុងទម្រង់នេះក្រៅពីចំណុចដូចខាងក្រោម៖***

IRB **នឹងមិន**បញ្ជាក់អំពីភាពត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មាន​ដែលអ្នកបំពេញ​នៅលើទម្រង់​នេះ​ទេ។ អ្នកស្រាវជ្រាវទទួលខុសត្រូវក្នុងការបំពេញឱ្យបានត្រឹមត្រូវនូវ ការអនុញ្ញាតស្រាវជ្រាវ HIPAA ដូចខាងក្រោម៖

1. ផ្នែក B៖ សូមគូសញ្ញាគ្រប់ប្រភពប្រភពព័ត៌មានសុខភាពទាំងអស់ដែលនឹងត្រូវផ្ដល់ជូនក្រុមស្រាវជ្រាវមកពី M Health ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។
2. ផ្នែក C៖
	1. សូមគូសធីក**តែ**ប្រអប់សម្រាប់ប្រភេទព័ត៌មានជាក់លាក់នីមួយៗដែលនឹងត្រូវប្រមូលសម្រាប់ការសិក្សានេះ
	2. កំណត់ត្រាការប្រើគ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល គឺជាកំណត់ត្រាពាក់ព័ន្ធនឹងការចូលទៅព្យាបាលនៅមណ្ឌលព្យាបាល។ កំណត់ត្រា​សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬការព្យាបាល គឺជាកំណត់ត្រាដែល​ពាក់ព័ន្ធ​នឹងការចូលសម្រាកព្យាបាលនៅអង្គភាព សុខភាពផ្លូវចិត្ត។
	3. ស្នើសុំសញ្ញាគូសរបស់អ្នកចូលរួមសម្រាប់***តែ****ប្រភេទជាក់លាក់នៃព័ត៌មានដែលបានគូសធីក*
3. សេណារីយ៉ូ G៖
	1. សូមគូសធីកប្រអប់ទាំងឡាយដែលបង្ហាញថាតើមានសកម្មភាពស្រាវជ្រាវមិនមែនជាកាតព្វកិច្ចដែរឬទេ
	2. ស្នើសុំសញ្ញាគូសរបស់អ្នកចូលរួម*លុះត្រាតែការសិក្សាមានពាក់ព័ន្ធនឹងសកម្មភាព​ស្រាវជ្រាវមិនមែនជាកាតព្វកិច្ច*
4. ផ្នែក J៖ សូមស្នើសុំឈ្មោះ ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទរបស់អ្នកចូលរួម *សូមបំពេញបន្ទាត់​ហត្ថលេខាជាបន្តបន្ទាប់* ***ប្រសិនបើពាក់ព័ន្ធ***
5. សូមផ្តល់ឱ្យអ្នកចូលរួមនូវទម្រង់ដែលបានចុះហត្ថលេខារួចចំនួនមួយច្បាប់

***បញ្ជាក់៖ ទម្រង់នេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកគូសធីកប្រអប់តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។***  ***អ្នកអាចធ្វើ*** ***“ការកែសម្រួលចម្បង” លើទម្រង់នេះ*** ***សម្រាប់ការសិក្សានេះ​ដោយ​ប្រើប្រាស់ប្រអប់ពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ដែលបានគូសធីក។***

1. HIPAA គឺជាច្បាប់ស្តីពីចំណេញភាព និងគណនេយ្យភាពធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Health Insurance Portability and Accountability Act) ឆ្នាំ1996 ដែលជាច្បាប់​សហព័ន្ធ​​ពាក់ព័ន្ធនឹង​ឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាព។ [↑](#footnote-ref-1)