

# ການອະນຸຍາດໃຫ້ນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບສຳລັບການວິໄຈ

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

# ໝາຍເລກສຶກສາ IRB: ກົດ ຫຼື ແຕະທີ່ນີ້ເພື່ອໃສ່ຂໍ້ຄວາມ.

# ຫົວຂໍ້ການສຶກສາ: ກົດ ຫຼື ແຕະທີ່ນີ້ເພື່ອໃສ່ຂໍ້ຄວາມ.

# ຊື່ຂອງຜູ້ສືບສວນຫຼັກ: ກົດ ຫຼື ແຕະທີ່ນີ້ເພື່ອໃສ່ຂໍ້ຄວາມ.

# ທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງຜູ້ສືບສວນຫຼັກ: ກົດ ຫຼື ແຕະທີ່ນີ້ເພື່ອໃສ່ຂໍ້ຄວາມ.

# ແມ່ນຫຍັງຄືຈຸດປະສົງຂອງແບບຟອມນີ້?

ຈຸດປະສົງຂອງແບບຟອມນີ້ແມ່ນເພື່ອໃຫ້ທ່ານອະນຸຍາດພວກເຮົາໃນການນໍາໃຊ້ ແລະ ການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານສຳລັບການສຶກສາວິໄຈທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ ແລະ ເພື່ອໃຫ້ທ່ານອະນຸຍາດຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບທີ່ກຳລັງປິ່ນປົວທ່ານເພື່ອແບ່ງປັນປະຫວັດທາງການແພດຂອງທ່ານກັບພວກເຮົາສຳລັບການວິໄຈ ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການປະຫວັດທາງການແພດຂອງທ່ານ. ຫຼັງຈາກນັ້ນ, ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານອາດຖືກນໍາໃຊ້ໂດຍທີມງານວິໄຈສຳລັບການວິໄຈທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມຍິນຍອມ ແລະ ອາດຖືກແບ່ງປັນໂດຍທີມງານວິໄຈກັບຄົນອື່ນອີກດ້ວຍ ເຊິ່ງລວມເຖິງຄົນທີ່ສົ່ງເສີມການວິໄຈ, ຄົນທີ່ເຝົ້າຕິດຕາມການວິໄຈ ຫຼື ຄົນທີ່ສະໜັບສະໜູນການວິໄຈ ດັ່ງທີ່ຖືກອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ແບບຟອມນີ້ຍັງອະທິບາຍປະເພດຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ຈະຖືກນໍາໃຊ້ສຳລັບການວິໄຈ. ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈທີ່ຈະອະນຸຍາດ ແລະ ປະກອບສ່ວນໃນການວິໄຈ, ທ່ານຕ້ອງເຊັນແບບຟອມນີ້ ແລະ ແບບຟອມຍິນຍອມ. ທ່ານຄວນຮູ້ວ່າ ຫຼັງຈາກທີ່ຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຖືກແບ່ງປັນກັບຄົນອື່ນຕາມທີ່ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້, ມັນອາດບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ແລະ ອາດຖືກແບ່ງປັນກັບຄົນອື່ນນອກເໜືອຈາກຄົນທີ່ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ ຫຼື ແບບຟອມຍິນຍອມ.

#

# ຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບຫຍັງແມ່ນຈະມີໃຫ້?

ຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ຈະຖືກນໍາໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນສຳລັບການວິໄຈ ແມ່ນປະກອບມີລາຍການເຫຼົ່ານີ້ທີ່ຖືກໝາຍໄວ້ໂດຍທີມງານວິໄຈຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້:

[ ] ປະຫວັດທາງການແພດຂອງທ່ານ ເຊິ່ງອາດປະກອບມີປະຫວັດຈາກໂຮງໝໍ ແລະ ການເຂົ້າພົບສະຖານພະຍາບານ, ການເຂົ້າພົບຫ້ອງສຸກເສີນ, ການສັກຢາເພີ່ມພູມຄຸ້ມກັນ, ປະຫວັດທາງການແພດ ແລະ ການກວດຮ່າງກາຍ, ການກຳກັບຢາ, ຮູບພາບ ແລະ ບົດລາຍງານຮູບພາບ, ບົດບັນທຶກຄວາມຄືບໜ້າ, ບົດທົດສອບທາງຈິດຕະວິທະຍາ, ບົດລາຍງານ EEG/EKG/ECHO, ບົດລາຍງານຫ້ອງທົດລອງ ແລະ ພະຍາດວິທະຍາ, ປະຫວັດທັນຕະກຳ ແລະ ປະຫວັດທາງການເງິນ. ປະຫວັດເຫຼົ່ານີ້ອາດຖືກນໍາໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນ ຕາບໃດທີ່ການວິໄຈດຳເນີນຕໍ່.

[ ] ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກເກັບກຳໃຫ້ເປັນສ່ວນໜຶ່ງການສຶກສາວິໄຈນີ້ ເຊິ່ງລວມເຖິງລະບຽບການວິໄຈ, ການເຂົ້າພົບເພື່ອການວິໄຈ ແລະ ອົງປະກອບທາງເລືອກໃດໜຶ່ງໃນການວິໄຈທີ່ທ່ານເຫັນດີໃຫ້ພວກເຮົາເກັບກຳ ເຊິ່ງລ້ວນແລ້ວແຕ່ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມຍິນຍອມ. ຂໍ້ມູນນີ້ອາດບໍ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງປະຫວັດທາງການພດຂອງທ່ານ ແລະ ອາດປະກອບມີສິ່ງຕ່າງໆ ເຊັ່ນ: ຄຳຕອບຕໍ່ບົດສຳຫຼວດ ແລະ ແບບສອບຖາມ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກເກັບກຳໃນລະຫວ່າງການເຂົ້າພົບເພື່ອການວິໄຈຕາມທີ່ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມຍິນຍອມ.

# ແມ່ນຫຍັງຄືຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ມີຄວາມລະອຽດອ່ອນຂຶ້ນ?

# ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທາງດ້ານສຸຂະພາບມີຄວາມລະອຽດອ່ອນຫຼາຍຈົນມັນຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການອະນຸຍາດທີ່ສະເພາະຈາກທ່ານ. ຖ້າການສຶກສາວິໄຈທີ່ທ່ານກຳລັງປະກອບສ່ວນຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງທີ່ມີຄວາມລະອຽດອ່ອນນີ້, ກ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີຈະຖືກໝາຍຕິກ ແລະ ທ່ານຈະຖືກຮ້ອງຂໍໃຫ້ເຊັນ ເພື່ອອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນແກ່ທີມງານການວິໄຈ ເພື່ອນໍາໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມການຍິນຍອມ.

[ ] ການເສບຕິດຢາ ແລະ ເຫຼົ້າ, ການບົ່ງມະຕິພະຍາດ ແລະ ປະຫວັດການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. \_\_\_\_(ລາຍເຊັນ)

[ ] ປະຫວັດການກວດ HIV/AIDS ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.\_\_\_\_ (ລາຍເຊັນ)

[ ] ປະຫວັດການກວດພັນທຸກຳຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.\_\_\_\_\_ (ລາຍເຊັນ)

[ ] ການບົ່ງມະຕິພະຍາດ ຫຼື ປະຫວັດການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຈິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.\_\_\_\_\_ (ລາຍເຊັນ)

[ ] ປະຫວັດໂຣກເມັດເລືອດແດງຮູບກ່ຽວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.\_\_\_\_\_ (ລາຍເຊັນ)

# ຜູ້ໃດຈະເຂົ້າເຖິງ ແລະ ນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ?

ຖ້າທ່ານເຫັນດີທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນການວິໄຈນີ້, ຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະຖືກແບ່ງປັນກັບ:

* 1. ທີມງານວິໄຈທີ່ດຳເນີນການວິໄຈ ຕາມທີ່ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມການຍິນຍອມ ເຊິ່ງລວມເຖິງສະຖາບັນການວິໄຈທີ່ຮ່ວມມື ຫຼື ມີສ່ວນພົວພັນໃນການດຳເນີນການວິໄຈ ຕາມທີ່ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມຍິນຍອມ;
	2. ຄົນອື່ນທີ່ມະຫາວິທະຍາໄລມິນນິໂຊຕາ (University of Minnesota) ແລະ M Health/Fairview ທີ່ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບການວິໄຈ ຫຼື ຜູ້ທີ່ເຝົ້າຕິດຕາມການວິໄຈ (ເຊັ່ນ: ສະພາກວດສອບສະຖາບັນ (Institutional Review Board) ຫຼື IRB ເຊິ່ງເປັນຄະນະກຳມະການທີ່ເຝົ້າຕິດຕາມຈັນຍາບັນ ແລະ ລະບຽບການຂອງການວິໄຈທີ່ມະຫາວິທະຍາໄລ, ຜູ້ຈັດການລະບົບ ແລະ ພະນັກງານໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເຕັກນິກ ແລະ/ຫຼື ບໍລິຫານອື່ນໆ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານດູແລການປະຕິບັດ ແລະ ການກວດສອບ, ບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປະມວນການຊົດເຊີຍໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານອາດໄດ້ຮັບສຳລັບການເຂົ້າຮ່ວມຂອງທ່ານ ແລະ ອື່ນໆ);
	3. ຜູ້ສະໜັບສະໜູນການວິໄຈ, ຜູ້ມີສ່ວນຮ່ວມໃດໜຶ່ງ, ຜູ້ຮ່ວມມື ຫຼື ຕົວແທນຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນທີ່ສະໜອງທຶນໃຫ້ແກ່ການວິໄຈ ແລະ ຜູ້ມີສ່ວນຮ່ວມໃດໜຶ່ງ, ຜູ້ຮ່ວມມື ຫຼື ຕົວແທນຂອງອົງກອນທີ່ສະໜອງທຶນເຊິ່ງກ່ຽວຂ້ອງໃນການວິໄຈ
	4. ອົງກອນທີ່ໃຫ້ການຮອງຮັບຄຸນນະພາບ ແລະ ການເຝົ້າຕິດຕາມສຳລັບທີມງານວິໄຈ ແລະ ຄົນອື່ນທີ່ມີອຳນາດຕາມກົດໝາຍໃນການກວດສອບຄຸນນະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພຂອງການວິໄຈ (ຕົວຢ່າງ: ໜ່ວຍງານຂອງລັດຖະບານສະຫະລັດອາເມຣິກາ ເຊັ່ນ: ອົງກອນຄຸ້ມຄອງອາຫານ ແລະ ຢາ (Food and Drug Administration), ສຳນັກງານປົກປ້ອງການວິໄຈມະນຸດ (Office of Human Research Protections), ສຳນັກງານຄຸ້ມຄອງຈາລິຍະທຳໃນການວິໄຈ (Office of Research Integrity) ຫຼື ໜ່ວຍງານຂອງລັດຖະບານໃນປະເທດອື່ນ); ແລະ
	5. ອົງກອນທີ່ປະມວນການຊໍາລະໃດໜຶ່ງທີ່ອາດຖືກມີໃຫ້ແກ່ທ່ານສຳລັບການເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສານີ້ ແລະ ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງກອນອື່ນໆທີ່ຖືກລະບຸໄວ້ໃນແບບຟອມຍິນຍອມ.

# ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງເຊັນແບບຟອມນີ້ບໍ?

ບໍ່, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຊັນແບບຟອມນີ້. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າທ່ານບໍ່ເຊັນແບບຟອມນີ້, ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາວິໄຈນີ້. ການປິ່ນປົວທີ່ມີໃຫ້ນອກການສຶກສາ, ການຊໍາລະສຳລັບການປິ່ນປົວດັ່ງກ່າວ, ການລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກການທີ່ທ່ານຕັດສິນໃຈບໍ່ເຊັນແບບຟອມນີ້.

# ຂ້າພະເຈົ້າຈະສາມາດເບິ່ງປະຫວັດຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ?

# ມັນເປັນໄປໄດ້ທີ່ທີມງານວິໄຈອາດບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານເບິ່ງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກເກັບກຳສຳລັບການສຶກສາວິໄຈນີ້. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ທ່ານອາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງທີ່ໃສ່ໄວ້ໃນປະຫວັດທາງການແພດຂອງທ່ານ ຫຼັງຈາກທີ່ການສຶກສາສຳເລັດລົງ.

# ກິດຈະກຳການວິໄຈທາງເລືອກ

# ການສຶກສາວິໄຈທີ່ທ່ານກຳລັງເຂົ້າຮ່ວມອາດມີກິດຈະກຳການວິໄຈທາງເລືອກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບມັນ ເຊິ່ງໝາຍຄວາມວ່າທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຫັນດີກັບກິດຈະກຳເຫຼົ່ານີ້ ເພື່ອທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາວິໄຈ. ກະລຸນາລະບຸຄວາມເຕັມໃຈຂອງທ່ານທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳທາງເລືອກເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ອະນຸຍາດໃຫ້ນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຈາກກິດຈະກຳທາງເລືອກເຫຼົ່ານີ້ ຕາມທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ ໂດຍໃຫ້ທ່ານເຊັນໃສ່ຂ້າງແຕ່ລະກິດຈະກຳ.

**ແມ່ນ, ບໍ່ແມ່ນ,**

**ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີ**

[ ] [ ]  ຜູ້ສືບສວນອາດບັນທຶກສຽງ ຫຼື ວິດີໂອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອຊ່ວຍໃນການວິເຄາະຂໍ້ມູນ. ຜູ້ສືບສວນຈະບໍ່ແບ່ງປັນການບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ກັບບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ຢູ່ນອກອຳນາດການສຶກສາໂດຍກົງ.

[ ] [ ]  ຜູ້ສືບສວນອາດບັນທຶກສຽງ ຫຼື ວິດີໂອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ເພື່ອນໍາໃຊ້ໃນການນຳສະເໜີ ຫຼື ການຕີພິມທາງການສຶກສາ. ໂດຍລວມແລ້ວ, ຜູ້ສືບສວນຈະແບ່ງປັນການບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ສຳລັບຈຸດປະສົງເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ຕົວຕົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຖືກແບ່ງປັນເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງກິດຈະກຳນີ້.

[ ] [ ]  ຜູ້ສືບສວນສຳລັບການວິໄຈນີ້ອາດຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າໃນອະນາຄົດ ເພື່ອເບິ່ງວ່າຂ້າພະເຈົ້າສົນໃຈໃນການເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາວິໄຈອື່ນໂດຍຜູ້ສືບສວນ ຫຼື ບໍ່.

ທີມງານວິໄຈຈະລະບຸກິດຈະກຳເພີ່ມເຕີມໃດໜຶ່ງໃນທີ່ນີ້, ຕ້ອງໃຫ້ສອດຄ່ອງກັບກິດຈະກຳທາງເລືອກທີ່ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມຍິນຍອມ. ຖ້າມີກິດຈະກຳເພີ່ມເຕີມຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງ, ໃຫ້ເກັບກຳ ລາຍເຊັນສຳລັບແຕ່ລະກິດຈະກຳເພີ່ມເຕີມທີ່ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມຍິນຍອມ.

# ການອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອເຮັດໃຫ້ຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກນໍາໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນຈະໝົດອາຍຸບໍ?

ບໍ່, ບໍ່ມີວັນທີໝົດອາຍຸ.

# ຂ້າພະເຈົ້າອາດຍົກເລີກການອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອເຮັດໃຫ້ຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກນໍາໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນ?

ແມ່ນແລ້ວ. ທ່ານອາດຍົກເລີກການອະນຸຍາດຂອງທ່ານໃນເວລາໃດກໍ່ໄດ້ ໂດຍຂຽນສົ່ງໄປຫານັກວິໄຈຕາມທີ່ຢູ່ໃນດ້ານເທິງຂອງແບບຟອມນີ້. ຖ້າທ່ານຍົກເລີກການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະບໍ່ຢູ່ໃນການສຶກສາວິໄຈອີກຕໍ່ໄປ. ທ່ານອາດຕ້ອງການຖາມຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ຢູ່ໃນທີມງານວິໄຈວ່າ ການຍົກເລີກຈະສົ່ງກະທົບຕໍ່ການປິ່ນປົວໃດທາງການແພດໃດໜຶ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການວິໄຈ ຫຼື ບໍ່. ຖ້າທ່ານຍົກເລີກການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູທາງດ້ານສຸຂະພາບໃດໜຶ່ງກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ຖືກນໍາໃຊ້ ແລະ ແບ່ງປັນແລ້ວ ອາດສືບຕໍ່ຖືກນໍາໃຊ້ສຳລັບການສຶກສາວິໄຈ ແລະ ອົງປະກອບທາງເລືອກໃດໜຶ່ງໃນການສຶກສາທີ່ທ່ານເຫັນດີຢູ່ຂ້າງເທິງ.

# ລາຍເຊັນ

ຖ້າທ່ານເຫັນດີທີ່ຈະນໍາໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານຕາມທີ່ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້, ກະລຸນາພິມຊື່ຂອງທ່ານ ແລະ ເຊັນຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບສຳເນົາທີ່ມີລາຍເຊັນແລ້ວຂອງແບບຟອມນີ້.

ຊື່ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການວິໄຈ (ພິມ)

(*ຈຳເປັນຕ້ອງມີ ເຖິງແມ່ນຈະເປັນລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຕົວແທນທາງກົດໝາຍ*)

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການວິໄຈ ວັນທີ

(ຈຳເປັນຕ້ອງມີ ຖ້າແບບຟອມໄດ້ຖືກອ່ານໃຫ້ແກ່ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ ເພາະພວກເຂົາບໍ່ສາມາດອ່ານແບບຟອມໄດ້)

# ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ມີອຳນາດຕາມກົດໝາຍ

ຖ້າທ່ານເຫັນດີຕໍ່ການນໍາໃຊ້ ແລະ ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການວິໄຈທີ່ລະບຸຊື່ໄວ້ຂ້າງເທິງ, ກະລຸນາພິມຊື່ຂອງທ່ານ ແລະ ເຊັນຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ.

ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ມີອຳນາດຕາມກົດໝາຍ (ພິມ)

ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການວິໄຈ

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຕົວແທນທີ່ມີອຳນາດຕາມກົດໝາຍ ວັນທີ

# ພະຍານ/ນາຍແປພາສາ

ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມໄດ້ບັນທຶກວ່າຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມອະນຸຍາດ HIPAA ໄດ້ຖືກອະທິບາຍ (ຫຼື ອ່ານ) ຢ່າງລະອຽດ ແລະ ເປັນທີ່ເຂົ້າໃຈຢ່າງຊັດແຈ້ງໂດຍຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ ແລະ ການອະນຸຍາດກໍ່ໄດ້ຖືກມອບຢ່າງສະໝັກໃຈຈາກຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ.

ຊື່ຂອງພະຍານ/ນາຍແປພາສາ (ພິມ)

ລາຍເຊັນພະຍານ/ນາຍແປພາສາ ວັນທີ

***ຄຳສັ່ງສຳລັບນັກວິໄຈ: ຢ່າດຳເນີນການປ່ຽນແປງໃດໜຶ່ງ*** ***ໃນແບບຟອມນີ້ ນອກຈາກລາຍການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:***

IRB **ຈະບໍ່** ຢືນຢັນຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານຕື່ມໃສ່ແບບຟອມນີ້. ນັກວິໄຈຮັບຜິດຊອບສຳລັບການຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແບບຟອມອະນຸຍາດການວິໄຈ HIPAA ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ຖືກຕ້ອງ:

1. ໝວດ B: ໝາຍແຫຼ່ງຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບທັງໝົດທີ່ຈະຖືກເປີດເຜີຍຕໍ່ທີມງານການວິໄຈຈາກ M Health ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຄົນອື່ນໆ.
2. ໝວດ C:
	1. ຕິກໃສ່ກ່ອງສຳລັບປະເພດສະເພາະຂອງຂໍ້ມູນທີ່ຈະຖືກເກັບກຳສຳລັບການສຶກສານີ້***ເທົ່ານັ້ນ***
	2. ປະຫວັດສຳລັບການເສບຕິດຢາ ແລະ ເຫຼົ້າ, ການບົ່ງມະຕິພະຍາດ ແລະ ການປິ່ນປົວແມ່ນປະຫວັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວໃນສູນປິ່ນປົວ; ປະຫວັດສຳລັບການບົ່ງມະຕິພະຍາດ ຫຼື ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຈິດແມ່ນປະຫວັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວໃນໜ່ວຍງານດູແລສຸຂະພາບຈິດ
	3. ຮັບເອົາລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ *ສຳລັບປະເພດສະເພາະຂອງຂໍ້ມູນທີ່ຖືກໝາຍຕິກໄວ້****ເທົ່ານັ້ນ***
3. ໝວດ G:
	1. ໝາຍຕິກໃສ່ກ່ອງທີ່ບົ່ງບອກວ່າມີກິດຈະກຳການວິໄຈທາງເລືອກ ຫຼື ບໍ່
	2. ຮັບເອົາລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ *ຖ້າການສຶກສາກ່ຽວຂ້ອງກັບກິດຈະກຳການວິໄຈທາງເລືອກເທົ່ານັ້ນ*
4. ໝວດ J: ຮັບເອົາຊື່ຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ, ລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີ; *ຕື່ມໃສ່ເສັ້ນລາຍເຊັນໃນພາຍຫຼັງ* ***ຖ້າມີ***
5. ຈັດສຳເນົາທີ່ມີລາຍເຊັນຂອງແບບຟອມໃຫ້ກັບຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ

***ໝາຍເຫດ: ແບບຟອມນີ້ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໝາຍຕິກໃສ່ກ່ອງຕ່າງໆທາງອີເລັກໂທຣນິກ. ທ່ານສາມາດສ້າງ*** ***‘ສະບັບແມ່’ ຂອງແບບຟອມນີ້ສຳລັບການສຶກສານີ້ ໂດຍມີການໝາຍຕິກໃນກ່ອງທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ****.*

1. HIPAA ຄືກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄວບຄຸມ ແລະ ການສົ່ງຜ່ານຂໍ້ມູນທາງດ້ານການປະກັນສຸຂະພາບ (Health Insurance Portability and Accountability Act) ຂອງປີ 1996 ເຊິ່ງເປັນກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນທາງດ້ານສຸຂະພາບ. [↑](#footnote-ref-1)