**INSTRUCTIONS FOR HIPAA AUTHORIZATION TEMPLATE**

**[Delete information on this first page before presenting to participants.]**

**The purpose of this template** is to create the HIPAA Authorization form that participants, parents, and/or legally-authorized representatives of participants sign to give you permission to obtain and use protected health information (PHI) of participants for research purposes. You must not change the content of the form; you may only update the protocol number, study title, and PI name on page 1 to reflect the individual study.

**This stand-alone HIPAA Authorization has been approved for use by both UW Medicine and Fred Hutch.**

* For UW Studies: HIPAA language included in the research informed consent form may not be used to obtain authorization for UW Medicine**.**
* For Fred Hutch Studies: Fred Hutch prefers investigators use this stand-alone HIPAA authorization.  Review and approval to include HIPAA language within the research informed consent form is facilitated by the Institutional Review Office ([iro@fredhutch.org](mailto:iro@fredhutch.org)) upon submission to the IRB.

A single HIPAA Authorization form signed at the start of the study can be used for sub-studies and additional optional parts of the study in addition to the main study so long as all of the applicable information is included in the form and the sub-studies are under the same IRB application as the main study.

**លិខិតអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ និង/ឬបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារសម្រាប់គោលបំណងស្រាវជ្រាវ**

Fred Hutchinson Cancer Center

UW Medicine

**ពិធីសារ ឬការពិនិត្យឡើងវិញ IRB #៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ពិធីសារ ឬចំណងជើងនៃការសិក្សា៖\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ប្រធានក្រុមការងារស្រាវជ្រាវ៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ច្បាប់ស្តីពីចល័តភាព និងគណនេយ្យភាពនៃធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HIPAA) របស់សហព័ន្ធ និងវិធានស្ដីពីឯកជនភាព និងច្បាប់ស្ដីពីឯកជនភាពរបស់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ការពារការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណបុគ្គលបាន ហើយព័ត៌មាននេះ ហៅថា ព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (PHI)។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការសម្រេច ថាតើនរណាអាចទទួលបានព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងស្រាវជ្រាវបាន។ លិខិតអនុញ្ញាតនេះ មានបញ្ជាក់អំពីការប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន PHI របស់អ្នក និងថាតើព័ត៌មាននេះអាចត្រូវចែករំលែកជាមួយនឹងនរណាបានខ្លះក្នុងដំណើរការនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។ អមជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ អ្នកក៏នឹងទទួលបានឯកសារស្ដីពីការយល់ព្រមប្រកបដោយព័ត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ដែលពណ៌នាអំពីការស្រាវជ្រាវនេះផងដែរ។

**តើព័ត៌មានអ្វីខ្លះ នឹងត្រូវបានប្រើសម្រាប់គោលបំណងស្រាវជ្រាវ?**

ដើម្បីចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះបាន អ្នកត្រូវតែផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក បញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកកាន់ក្រុមស្រាវជ្រាវ។ ព័ត៌មានសុខភាពនេះ រួមមានព័ត៌មានក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្រ្តរបស់អ្នកដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកបាន។ ព័ត៌មាននេះរួមមាន៖

* ព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្រ ដូចជា ឈ្មោះ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទ
* ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្រ្ត ដូចជា ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្រ្ត កំណត់ត្រាវឌ្ឍនភាព របាយការណ៍វះកាត់ លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ និងលទ្ធផលរូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រ
* កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្រ្តពីមុន និងបច្ចុប្បន្នដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការសិក្សា ក្នុងនោះរួមមានទាំងកំណត់ត្រារបស់អ្នកផ្តល់សេវាខាងក្រៅដែលអាចនៅក្នុងកំណត់ត្រាសុខភាពអេឡិចត្រូនិករបស់អ្នកជាមួយនឹងមជ្ឈមណ្ឌលជំងឺមហារីក Fred Hutchinson និងមជ្ឈមណ្ឌលសម្ព័ន្ធដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត

ក្នុងករណីមានហេតុការណ៍អវិជ្ជមានធ្ងន់ធ្ងរកើតឡើង ដូចជាការរងរបួសទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវ នោះកំណត់ត្រាផ្សេងទៀតអាចត្រូវបានចូលទៅប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងនៃការព្យាបាលអ្នក និង/ឬសម្រាប់គោលបំណងរាយការណ៍។ កំណត់ត្រានេះ អាចរួមបញ្ចូលទាំងកំណត់ត្រាពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកបានទទួលសេវាថែទាំវេជ្ជសាស្រ្តពីពួកគេ ប៉ុន្តែមិនបានរៀបរាប់ឈ្មោះជាក់លាក់របស់ពួកគេនៅក្នុងលិខិតអនុញ្ញាតនេះនោះទេ។ វិធានឯកជនភាពរបស់ HIPAA តម្រូវឱ្យមានការស្នើសុំព័ត៌មានតែត្រឹមកម្រិតអប្បបរមាដែលចាំបាច់ ដើម្បីសម្រេចគោលបំណងនៃការស្រាវជ្រាវនេះប៉ុណ្ណោះ។

**តើនរណាដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានទាំង?**

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះមានន័យថា អ្នកផ្ដល់ការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពទាំងអស់ដែលបានផ្តល់សេវាជូនអ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការសិក្សានេះ ឬដែលអ្នកបានទទួលការថែទាំវេជ្ជសាស្រ្តនេះដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងលិខិតអនុញ្ញាតនេះដល់ក្រុមស្រាវជ្រាវ។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះ រួមមានជាអាទិ៍ មជ្ឈមណ្ឌលជំងឺមហារីក Fred Hutchinson មន្ទីរពេទ្យកុមារទីក្រុង Seattle និងមន្ទីរពេទ្យ UW Medicine និងគ្លីនិកសម្ព័ន្ធនានា។

**តើអ្នកណាអាចចូលប្រើព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកសម្រាប់ការសិក្សាបាន?**

ព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានាការពារ មិនឱ្យមានការចែករំលែកទៅដល់ដៃអ្នកផ្សេងដែលស្ថិតនៅខាងក្រៅដែនវិសាលភាពនៃសិក្សាស្រាវជ្រាវឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាត នោះក្រុមការងារស្រាវជ្រាវនឹងបានទទួល ហើយប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងឯកសារស្ដីពីការយល់ព្រមប្រកបដោយព័ត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ។ ក្រុមស្រាវជ្រាវក៏អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយអ្នកស្រាវជ្រាវផ្សេងទៀត អ្នកឧបត្ថម្ភការសិក្សា (រួមទាំងអ្នកដែលធ្វើការតាំងនាមឱ្យអ្នកឧបត្ថម្ភ) ឬបុគ្គលិកផ្សេងទៀតដែលចូលរួមក្នុងអំឡុងពេលអនុវត្តការសិក្សា។ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ក៏អាចនឹងចែករំលែកនៅពេលណាក៏បានជាមួយទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ (ដូចជា រដ្ឋបាល​ចំណី​អាហារ ​និង​ឱសថ​អាមេរិក (FDA) និងក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន) និងអ្នកដទៃទៀតទៅតាមការតម្រូវដោយច្បាប់ និង/ឬបុគ្គល ឬស្ថាប័នដែលត្រួតពិនិត្យការអនុវត្តការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ហើយបុគ្គល ឬស្ថាប័នទាំងនេះ អាចនឹងមិនមានស្តង់ដារឯកជនភាពស្របច្បាប់ដូចគ្នាជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិត និងមន្ទីរពេទ្យនោះទេ។ ដូច្នេះ ក្រុមការងារស្រាវជ្រាវមិនអាចធានាការសម្ងាត់ និងភាពឯកជនបានទាំងស្រុងនោះទេ។

**កាលបរិច្ឆេទផុតសុពលភាពនៃលិខិតអនុញ្ញាត៖**

ការអនុញ្ញាតដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មាន PHI របស់អ្នក នឹងផុតសុពលភាព នៅពេលដែលការស្រាវជ្រាវនេះបានបញ្ចប់ ហើយការត្រួតពិនិត្យការសិក្សាចាំបាច់ទាំងអស់ត្រូវបានបញ្ចប់ លើកលែងតែមានចែងផ្សេងពីនេះនៅក្នុងឯកសារនេះ។

**អ្នកមានសិទ្ធិ៖**

1. បដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។ ការមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ នឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំរបស់អ្នក រួមទាំងការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ឬការចុះឈ្មោះក្នុងផែនការសុខភាព ឬសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតនោះទេ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ ធ្វើឱ្យអ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងការឯកសារស្ដីពីការយល់ព្រមប្រកបដោយព័ត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនោះទេ។
2. ដើម្បីពិនិត្យ និងស្នើសុំឯកសារព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដែលបានប្រមូល និងរក្សាទុកក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្រ្តរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលសិក្សា។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ចំណុចនេះមានសារៈសំខាន់ណាស់ចំពោះភាពជោគជ័យ និងសុចរិតភាពនៃការសិក្សានេះ ដែលថា អ្នកដែលចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ មិនត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យចូលប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះនោះទេ ពោលគឺត្រូវចាំរហូតដល់ការសិក្សានេះបានបញ្ចប់។ ប្រធានក្រុមការងារស្រាវជ្រាវ មានឆន្ទានុសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធមិនផ្តល់សិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះ   
     
   ប្រសិនបើការចូលប្រើប្រាស់នេះប៉ះពាល់ដល់សុចរិតភាពនៃទិន្នន័យសិក្សាក្នុងអំឡុងពេលនៃការសិក្សា។ ដូច្នេះ ការស្នើសុំព័ត៌មានរបស់អ្នក អាចនឹងត្រូវពន្យារពេល ដោយរង់ចាំរហូតដល់ការសិក្សាត្រូវបានបញ្ចប់។
3. ដើម្បីលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តលុបចោលលិខិតអនុញ្ញាតនេះ អ្នកត្រូវតែជូនដំណឹងដល់ប្រធានក្រុមការងារស្រាវជ្រាវដែលមានឈ្មោះទៅក្នុងឯកសារស្ដីពីការយល់ព្រមដោយមានព័ត៌មានគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនោះ។ ប៉ុន្តែ ទោះបីជាអ្នកលុបចោលលិខិតអនុញ្ញាតនេះក៏ដោយ ក្រុមការងារស្រាវជ្រាវ អ្នកឧបត្ថម្ភការស្រាវជ្រាវ និង/ឬស្ថាប័នស្រាវជ្រាវនៅតែអាចប្រើព័ត៌មានរបស់អ្នកដែលបានប្រមូលក្នុងដំណើរការនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវចាប់ពីចន្លោះកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើលិខិតអនុញ្ញាតនេះ រហូតដល់កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកលុបចោលលិខិតអនុញ្ញាតនេះបាន។ ការធ្វើបែបនេះ គឺដើម្បីការពារគុណភាពនៃលទ្ធផលស្រាវជ្រាវ។ អ្នកដឹងថាការលុបចោលលិខិតអនុញ្ញាតនេះ នឹងបញ្ចប់ការចូលរួមរបស់អ្នកក្នុងការសិក្សានេះ។
4. ដើម្បីទទួលបានឯកសារទម្រង់បែបបទនេះ។

**ការអនុញ្ញាតជាក់លាក់៖**

អ្នកដឹងថាការចេញផ្សាយនេះក៏ពាក់ព័ន្ធទៅនឹងកំណត់ត្រានៃការចូលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការព្យាបាលដែលអាចរួមបញ្ចូលប្រភេទដូចមានរៀបរាប់ខាងក្រោម។ យោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំជាពិសេសលើឯកសារកំណត់ត្រា ដែលមិនត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់ក្រុមការងារស្រាវជ្រាវ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកដឹងថា ប្រសិនបើអ្នកកម្រិតទៅលើការចូលប្រើប្រាស់កំណត់ត្រាណាមួយដែលបានរៀបរាប់ខាងក្រោម នោះអ្នកមិនអាចចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះបានឡើយ។

សូមគូសធីកខាងក្រោមដើម្បី**បញ្ចូល** និងបញ្ចេញព័ត៌មានណាមួយខាងក្រោមទៅឱ្យក្រុមការងារស្រាវជ្រាវ៖

កំណត់ត្រាអំពីអាកប្បកិរិយា ឬសុខភាពផ្លូវចិត្ត

កំណត់ត្រាអំពីវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់ជាតិអាកុល/សារធាតុញៀន

ព័ត៌មានអំពីជំងឺកាមរោគ

កំណត់ត្រាអំពីមេរោគអេដស៍ (ជំងឺអេដស៍)

ខ្ញុំមានឱកាសពិនិត្យមើល និងសួរសំណួរទាក់ទងនឹងទម្រង់បែបបទនៃលិខិតអនុញ្ញាតនេះ។ ដើម្បីជាសក្ខីភាព ខ្ញុំសូមចុះហត្ថលេខាលើលិខិតអនុញ្ញាតនេះ។

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ឈ្មោះបោះពុម្ពរបស់បុគ្គល/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ហត្ថលេខារបស់បុគ្គល/អ្នកតំណាងស្របច្បាប់** **កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា**

ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ សូមបញ្ជាក់អំពីទំនាក់ទំនង និងបញ្ជាក់អំពីការប្រគល់សិទ្ធិឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសបុគ្គលនោះ៖

បុគ្គលនោះគឺជា៖  អនីតិជន  អសមត្ថភាព  ពិការភាព  បានទទួលមរណភាព

សិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់៖

ឪពុកម្ដាយដែលមានអំណាចមេបា

អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

អ្នកចាត់ចែងអចលនទ្រព្យរបស់សព

លិខិតផ្ទេរសិទ្ធិសុខាភិបាល

អ្នកតំណាងស្របច្បាប់ដែលមានសិទ្ធិអនុញ្ញាត

ផ្សេងទៀត៖ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_