**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.

**ການອະນຸຍາດໃຫ້ນຳໃຊ້** **ແລະ**/**ຫຼື** **ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເພື່ອຈຸດປະສົງການວິໄຈ**

Fred Hutchinson Cancer Center

UW Medicine

**ພິທີການ ຫຼື ການກວດສອບ IRB #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ພິທີການ** **ຫຼື** **ຫົວຂໍ້ການສຶກສາ**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ຫົວໜ້ານັກວິໄຈ**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ກົດລະບຽບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ໃນກົດ​ໝາຍ​ວ່າ​ດ້ວຍ​ຄວາມສາມາດພົກພາໄດ້ ແລະ ຄວາມ​ຮັບ​ຜິດ​ຊອບຂອງ​​ປະ​ກັນ​ໄພ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ຂອງ​ລັດ​ຖະ​ບານ​ກາງ (HIPAA) ແລະ ​ກົດ​ໝາຍ​ຄວາມ​ເປັນ​ສ່ວນ​ຕົວ​ຂອງ​ລັດ Washington ​ປົກ​ປ້ອງ​ການ​ນໍາ​ໃຊ້ ແລະ​ ການ​ເປີດ​ເຜີຍ​ຂໍ້​ມູນ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ທີ່​ລະ​ບຸ​ຕົວ​ຕົນຂອງແຕ່ລະບຸກຄົນ, ທີ່ຮູ້ຈັກການໃນຊື່ ​ຂໍ້​ມູນ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ​ການຄຸ້ມຄອງ (PHI). ທ່ານມີສິດຕັດສິນໃຈວ່າໃຜສາມາດໄດ້ຮັບ PHI ຂອງທ່ານເພື່ອຈຸດປະສົງການວິໄຈ. ການອະນຸຍາດນີ້ລະບຸວ່າ PHI ຂອງທ່ານອາດຈະຖືກໃຊ້ແນວໃດ ແລະ ມັນຈະຖືກແບ່ງປັນໃຫ້ກັບໃຜໃນຖານະເປັນສ່ວ  
ນໜຶ່ງຂອງການສຶກສາວິໄຈ. ຄຽງຄູ່ກັບແບບຟອມນີ້, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບເອກະສານການຍິນຍອມໂດຍຮັບຮູ້ຂໍ້ມູນທີ່  
ອະທິບາຍການວິໄຈ.

**ຂໍ້ມູນໃດທີ່ຈະຖືກນໍາໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງການວິໄຈ?**

ເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາວິໄຈ, ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ການອະນຸຍາດສໍາລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານເພື່ອເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫ້ກັບທີມງານວິໄຈ. ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບດັ່ງກ່າວປະກອບມີຂໍ້ມູນໃນບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານທີ່ສາມາດລະບຸ  
ຕົວຕົນທ່ານ. ສິ່ງນີ້ອາດຈະປະກອບມີ:

* ຂໍ້ມູນປະຊາກອນເຊັ່ນ: ຊື່, ວັນເດືອນປີເກີດ, ທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບ
* ຂໍ້ມູນທາງການແພດເຊັ່ນ: ປະຫວັດທາງການແພດ, ບັນທຶກຄວາມຄືບໜ້າ, ບົດລາຍງານການດໍາເນີນ  
  ງານ, ຜົນກວດທາງຫ້ອງທົດລອງ ແລະ ຮູບພາບ
* ບັນທຶກທາງການແພດໃນອະດີດ ແລະ ປະຈຸບັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສຶກສາ, ລວມທັງບັນທຶກຂອງຜູ້ໃຫ້  
  ບໍລິການພາຍນອກທີ່ມີຢູ່ໂດຍຜ່ານບັນທຶກສຸຂະພາບເອເລັກໂຕຣນິກຂອງທ່ານຢູ່ Fred Hutchinson Cancer Center ແລະ ບໍລິສັດໃນເຄືອທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

ໃນກໍລະນີທີ່ມີເຫດການບໍ່ພຶງປະສົງ ເຊັ່ນ: ການບາດເຈັບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການວິໄຈ, ບັນທຶກອື່ນໆອາດຈະຖືກເຂົ້າເຖິງ  
ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ແລະ/ຫຼື ເພື່ອຈຸດປະສົງການລາຍງານ. ສິ່ງນີ້ອາດຈະປະກອບມີບັນທຶກຈາກ  
ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດ, ແຕ່ຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໂດຍສະເພາະໃນ  
ການອະນຸຍາດນີ້. ກົດລະບຽບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ HIPAA ກຳນົດໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍໃຫ້ຖືກຈໍາກັດຕ່ຳທີ່ສຸດເທົ່າ  
ທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອບັນລຸຈຸດປະສົງຂອງການວິໄຈນີ້.

**ໃຜຈະໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນນີ້?**

ຖ້າທ່ານໃຫ້ການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ ແລະ ລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້, ທ່ານກໍາລັງອະນຸຍາດໃຫ້ທຸກໆ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ໃຫ້ບໍລິການແກ່ທ່ານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສຶກສານີ້ ຫຼື ຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການ  
ດູແລທາງການແພດ, ເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນການອະນຸຍາດນີ້ໃຫ້ກັບທີມງານວິໄຈ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຫຼົ່າ  
ນີ້ລວມມີ, ແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດພຽງແຕ່, Fred Hutchinson Cancer Center, Seattle Children’s Hospital ແລະ UW Medicine ແລະ ຄລີນິກໃນເຄືອ.

**ໃຜສາມາດເຂົ້າເຖິງ** **PHI ຂອງທ່ານສໍາລັບການສຶກສາ?**

ຈະດຳເນີນການດ້ວຍຄວາມພະຍາຍາມສູງສຸດ ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າ PHI ຂອງທ່ານຈະບໍ່ຖືກແບ່ງປັນກັບຜູ້ອື່ນນອກ  
ການສຶກສາວິໄຈ. ຖ້າທ່ານອະນຸຍາດ, ທີມງານວິໄຈຈະໄດ້ຮັບ ແລະ ນໍາໃຊ້ PHI ຂອງທ່ານສໍາລັບການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ  
ຕາມທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນການຍິນຍອມໂດຍຮັບຮູ້ຂໍ້ມູນ. ທີມງານວິໄຈອາດຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານກັບນັກ  
ວິໄຈອື່ນໆ, ຜູ້ສະໜັບສະໜູນການສຶກສາ (ລວມທັງບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ເຮັດວຽກໃນນາມຂອງຜູ້ສະໜັບສະໜູນ)   
ຫຼື ພະນັກງານອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໃນລະຫວ່າງການດໍາເນີນການສຶກສາ. ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານອາດຈະຖືກແບ່ງປັນ  
ໄດ້ທຸກເວລາກັບໜ່ວຍງານຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງລັດ (ເຊັ່ນ: ອົງການອາຫານ ແລະ ຢາຂອງສະຫະລັດ (FDA) ແລະ ກະຊວງສາທາລະນະສຸກຂອງລັດ Washington) ແລະ ອື່ນໆຕາມທີ່ກົດໝາຍກຳນົດໄວ້ ແລະ/ຫຼື ໃຫ້ກັບບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ເບິ່ງແຍງການສຶກສາວິໄຈ ແລະ ບຸກຄົນ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະບໍ່ຖືກ  
ຮັກສາໄວ້ໃນມາດຕະຖານຄວາມເປັນສ່ວນຕົວທາງກົດໝາຍດຽວກັນກັບແພດ ແລະ ໂຮງໝໍ. ດັ່ງນັ້ນ, ທີມງານວິໄຈບໍ່ສາມາດຮັບປະກັນຄວາມລັບ ແລະ ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຢ່າງແທ້ຈິງ.

**ວັນໝົດອາຍຸການອະນຸຍາດ**:

ການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ PHI ຂອງທ່ານຈະໝົດອາຍຸເມື່ອການວິໄຈສິ້ນສຸດລົງ ແລະ ການຕິດຕາມການສຶກ  
ສາທີ່ຈຳເປັນທັງໝົດສຳເລັດແລ້ວ, ຍົກເວັ້ນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນເອກະສານນີ້.

**ທ່ານມີສິດທີ່ຈະ**:

1. ປະຕິເສດການເຊັນແບບຟອມນີ້. ການບໍ່ລົງນາມໃນແບບຟອມຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການດູແລສຸຂະພາບແບບປົກກະຕິຂອງທ່ານລວມທັງການປິ່ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ ຫຼື ການລົງທະບຽນໃນແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດການ  
   ດູແລສຸຂະພາບ. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ການບໍ່ລົງນາມໃນແບບຟອມອາດຈະຂັດຂວາງທ່ານຈາກການເຂົ້າຮ່ວມໃນ  
   ການສຶກສາຄົ້ນຄ້ວາທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນການຍິນຍອມເຫັນດີ.
2. ເພື່ອກວດສອບ ແລະ ຮັບສໍາເນົາຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານທີ່ເກັບກໍາ ແລະ ຮັກສາໄວ້ໃນບັນທຶກ  
   ທາງການແພດຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການສຶກສາ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ມັນອາດຈະມີຄວາມສໍາຄັນຕໍ່ຄວາມສໍາ  
   ເລັດ ແລະ ຄວາມສົມບູນຂອງການສຶກສາທີ່ບຸກຄົນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການເຂົ້າເຖິງຈົນ  
   ກວ່າການສຶກສາຈະສໍາເລັດ. ຫົວໜ້ານັກວິໄຈມີດຸນພິນິດທີ່ຈະປະຕິເສດການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນນີ້ ຖ້າມັນຈະ  
   ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຄວາມສົມບູນຂອງຂໍ້ມູນການສຶກສາໃນລະຫວ່າງການສຶກສາ. ດັ່ງນັ້ນ, ການຮ້ອງຂໍຂໍ້  
   ມູນຂອງທ່ານອາດຈະຊັກຊ້າຈົນກ່ວາການສຶກສາສໍາເລັດ.
3. ຍົກເລີກການອະນຸຍາດນີ້ໄດ້ທຸກເວລາ. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະຍົກເລີກການອະນຸຍາດນີ້, ທ່ານຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ຜູ້  
   ສືບສວນຕົ້ນຕໍທີ່ລະບຸໄວ້ໃນການຍິນຍອມເຫັນດີ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະຍົກເລີກການ  
     
   ອະນຸຍາດນີ້, ທີມງານວິໄຈ, ຜູ້ສະໜັບສະໜູນການວິໄຈ ແລະ/ຫຼື ອົງການວິໄຈອາດຈະຍັງໃຊ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວ  
   ກັບທ່ານທີ່ຖືກເກັບກໍາເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຶກສາວິໄຈລະຫວ່າງວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ເຊັນການອະນຸຍາດນີ້ ແລະ ວັນທີທີ່ທ່ານຍົກເລີກການອະນຸຍາດ. ນີ້​ແມ່ນ​ເພື່ອ​ປົກ​ປັກ​ຮັກ​ສາ​ຄຸນ​ນະ​ພາບ​ຂອງ​ຜົນ​ການ​ວິໄຈ. ທ່ານເຂົ້າໃຈວ່າການຍົກເລີກການອະນຸຍາດນີ້ອາດຈະສິ້ນສຸດການມີສ່ວນຮ່ວມຂອງທ່ານໃນການສຶກສານີ້.
4. ເພື່ອຮັບສຳເນົາແບບຟອມນີ້.

**ການອະນຸຍາດສະເພາະ**:

ທ່ານເຂົ້າໃຈວ່າການເຜີຍແຜ່ສະບັບນີ້ຍັງກ່ຽວຂ້ອງກັບບັນທຶກກ່ຽວກັບການເຂົ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ການປິ່ນປົວທີ່ອາດຈະ  
ປະກອບມີປະເພດທີ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ອີງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງ  
ຂໍໃຫ້ບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຖືກເຜີຍແຜ່ສູ່ທີມງານວິໄຈໄດ້ໂດຍສະເພາະ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ທ່ານເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າທ່ານຈໍາກັດ  
ການເຂົ້າເຖິງບັນທຶກໃດໆທີ່ມີລາຍຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ທ່ານອາດຈະບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາວິໄຈນີ້.

ກວດເບິ່ງຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອ**ປະກອບໃສ່** ແລະ ເຜີຍແຜ່ສິ່ງໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ທີມວິໄຈ:

ປະຫວັດພຶດຕິກຳ ຫຼື ສຸຂະພາບຈິດ

ບັນທຶກຄວາມຜິດປົກກະຕິຈາກການໃຊ້ເຫຼົ້າ/ສານເສບຕິດ

ຂໍ້ມູນພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ

ບັນທຶກ HIV (AIDS)

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ມີໂອກາດກວດສອບ ແລະ ຖາມຄໍາຖາມກ່ຽວກັບແບບຟອມການອະນຸຍາດນີ້. ໂດຍ​ການ​ເຊັນ​ໃບ​ອະ​ນຸ​ຍາດ​ນີ້, ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ຢືນ​ຢັນ​ວ່າ​ມັນ​ສະ​ແດງ​ເຖິງ​ເຈດຈຳນົງຂອງ​ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ.

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

**ຂຽນຊື່ຂອງບຸກຄົນ**/**ຜູ້ຕາງຫນ້າທາງດ້ານກົດໝາຍ**

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

**ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນ**/**ຕົວແທນທາງດ້ານກົດໝາຍ** **ວັນທີລົງນາມ**

ຖ້າລົງນາມໂດຍຜູ້ຕາງໜ້າທາງດ້ານກົດໝາຍ, ໃຫ້ລະບຸຄວາມສໍາພັນ ແລະ ລະບຸອຳນາດໃນການຈະດໍາເນີນການໃນ  
ນາມຂອງບຸກຄົນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວແມ່ນ:  ເດັກນ້ອຍ  ບໍ່ມີຄວາມສາມາດ  ຄົນພິການ  ເສຍຊີວິດ

ໜ່ວຍງານທາງດ້ານກົດໝາຍ:

ພໍ່ແມ່

ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

ຜູ້ບໍລິຫານຊັບສິນຂອງຜູ້ຕາຍ

ໃບມອບອຳນາດດ້ານການຮັກສາສຸຂະພາບ

ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

ອື່ນໆ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_