

**សកលវិទ្យាល័យរដ្ឋអូហៃយ៉ូ**  
**ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់**  
**ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងការស្រាវជ្រាវ**

**ចំណងជើងនៃការប្រធានបទ:**

**លេខ OSU :**

**អ្នកស៊ើបអង្កេតចម្បង :**

**ចំណងជើងប្រធានបទ** \_\_\_\_\_

ក្រោយពេលអ្នកស្រាវជ្រាវប្រើ ឬ ចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពផ្សេងៗអំពីអ្នក ជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សានេះ សកលវិទ្យាល័យរដ្ឋអូហៃយ៉ូ ត្រូវបានតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតពីអ្នក ។ វាជួយពន្យល់ដល់អ្នកពីរបៀបដែលព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានប្រើ ឬ ចែករំលែកជាមួយអ្នក ដទៃដែលទាក់ទងនៅក្នុងការសិក្សានេះ ។

- សកលវិទ្យាល័យរដ្ឋអូហៃយ៉ូ និង មន្ទីរពេទ្យ, គ្លីនិក, អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និង អ្នកស្រាវជ្រាវរបស់ខ្លួន ត្រូវបានតម្រូវឱ្យ ការពារភាពឯកជននៃព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ។
- អ្នកគួរតែទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងពីការអនុវត្តឯកជនភាព នៅពេលអ្នកបានទទួលសេវាថែទាំសុខភាពនៅទីនេះ ។ ប្រសិនបើមិន បានទទួលទេ សូមឱ្យយើងដឹង នោះយើងនឹងផ្តល់សេចក្តីជូនដំណឹងចម្លងមួយច្បាប់ជូនអ្នក ។ សូមត្រួតពិនិត្យព័ត៌មាននេះដោយយក ចិត្តទុកដាក់ ។ សូមសួរ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរផ្សេងៗ ឬ មិនយល់ផ្នែកណាមួយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ។
- ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សានេះ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានប្រើ និង ចែករំលែកជាមួយអ្នកដទៃ ដែលទាក់ទងនៅក្នុងការសិក្សានេះ ។ ទោះជាយ៉ាងណា ព័ត៌មានសុខភាពថ្មីៗអំពីអ្នកដែលបានមកពីការធ្វើតេស្ត ឬ ផ្នែកដទៃទៀត នៃការសិក្សានឹងត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកដែលទាក់ទងនៅក្នុងការសិក្សានេះ ។
- ព័ត៌មានសុខភាពអំពីអ្នកដែលនឹងត្រូវបានប្រើ ឬ ចែករំលែកជាមួយអ្នកដែលទាក់ទងនៅក្នុងការសិក្សានេះ អាចរួមបញ្ចូលទាំង កំណត់ត្រាគ្រួសារស្រាវជ្រាវរបស់អ្នក និង កំណត់ត្រាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗនៅសកលវិទ្យាល័យរដ្ឋអូហៃយ៉ូ ។ ឧទាហរណ៍ វាអាចរួម មានទាំងកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក, លទ្ធផលថតកាំរស្មី x ឬ ការពិនិត្យ ។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី កំណត់សម្គាល់របស់គ្រូពេទ្យ ចិត្តវិទ្យានៅក្នុងកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក ( ប្រសិនបើមាន ) នឹងមិនត្រូវបានចែករំលែក ឬ ប្រើប្រាស់ឡើយ ។ ការប្រើកំណត់ សម្គាល់ទាំងនេះតម្រូវនូវការអនុញ្ញាតដែលចុះហត្ថលេខាដាច់ដោយឡែក ។

សូមអានព័ត៌មាននេះដោយយកចិត្តទុកដាក់មុនពេលចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ។ សូមសួរ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរផ្សេងៗអំពី ការអនុញ្ញាតនេះ, សេចក្តីជូនដំណឹងពីការអនុវត្តឯកជនភាព ឬ ការសិក្សា មុនពេលចុះហត្ថលេខាលើពាក្យសុំនេះ ។

អទិសង្កេត/កាលបរិច្ឆេទ : \_\_\_\_\_

**អ្នកដែលអាចប្រើ, ចែករំលែក និង ទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកជាដៃគូមួយនៃការសិក្សានេះ**

- អ្នកស្រាវជ្រាវ និង បុគ្គលិកនៅសកលវិទ្យាល័យរដ្ឋអូហៃយ៉ូនិងប្រើ, ចែករំលែក និង ទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ។ បុគ្គលិកនៃសកលវិទ្យាល័យរដ្ឋអូហៃយ៉ូដទៃទៀតដែលមិនទាក់ទងនៅក្នុងការសិក្សានេះ ប៉ុន្តែដែលនឹងអាចជាប់ទាក់ទងក្នុងការថែទាំអ្នកសម្រាប់ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងការសិក្សា នឹងអាចប្រើព័ត៌មានរបស់អ្នកបាន ។
- អ្នកដែលមើលការខុសត្រូវលើការសិក្សា នឹងអាចប្រើព័ត៌មានរបស់អ្នកបាន រួមមាន :
  - សមាជិក និង បុគ្គលិកនៃគណៈត្រួតពិនិត្យនៃវិទ្យាស្ថាន (Institutional Review Boards) របស់សកលវិទ្យាល័យរដ្ឋអូហៃយ៉ូ រួមមានគណៈត្រួតពិនិត្យនៃវិទ្យាស្ថានខាងលិច (Western Institutional Review Board)
  - ការិយាល័យទទួលខុសត្រូវការអនុវត្តការស្រាវជ្រាវ (The Office for Responsible Research Practices)
  - គណៈកម្មាធិការត្រួតពិនិត្យសុវត្ថិភាពទិន្នន័យរបស់សកលវិទ្យាល័យ
  - មូលនិធិស្រាវជ្រាវនៃសកលវិទ្យាល័យរដ្ឋអូហៃយ៉ូ (The Ohio State University Research Foundation)
- ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយភ្នាក់ងារសហព័ន្ធ និង រដ្ឋដែលមានការត្រួតពិនិត្យលើការសិក្សា និង បុគ្គលិក ដែលមានតម្រូវការស្របច្បាប់ ។ អ្នកទាំងនេះអាចរួមមាន :
  - រដ្ឋបាលត្រួតពិនិត្យចំណីអាហារ និង ថ្នាំ (The Food and Drug Administration)
  - ការិយាល័យការពារការស្រាវជ្រាវលើមនុស្ស (The Office for Human Research Protections)
  - វិទ្យាស្ថានសុខភាពជាតិ (The National Institutes of Health)
  - ក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សរដ្ឋអូហៃយ៉ូ (The Ohio Department of Human Services)

អ្នកស្រាវជ្រាវ, ក្រុមហ៊ុន និង/ឬ អង្គការនៅខាងក្រៅសកលវិទ្យាល័យរដ្ឋអូហៃយ៉ូ ក៏អាចប្រើ, ចែករំលែក និង ទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ជាប់ទាក់ទងនឹងការសិក្សានេះផងដែរ :

- កន្លែងថែទាំសុខភាព, កន្លែងស្រាវជ្រាវ, អ្នកស្រាវជ្រាវ, អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឬ អ្នកត្រួតពិនិត្យការសិក្សាដែលទាក់ទងនៅក្នុងការសិក្សានេះ :
- មន្ទីរពិសោធន៍ឯកជន ព្រមទាំងបុគ្គល និង អង្គការដទៃទៀតដែលវិភាគព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ដែលពាក់ព័ន្ធ នឹងការសិក្សានេះ :
- ក្រុមហ៊ុន ឬ ម្ចាស់ក្រុមហ៊ុនដែលមានជាប់ទាក់ទងជាមួយ វិ ឧបត្ថម្ភការស្រាវជ្រាវ :
- អង្គការស្រាវជ្រាវជាប់កិច្ចសន្យា :
- គណៈត្រួតពិនិត្យទិន្នន័យ និង សុវត្ថិភាព ឯករាជ្យ ព្រមទាំងអ្នកដទៃទៀតដែលត្រួតពិនិត្យការធ្វើការសិក្សានេះ
- ផ្សេងទៀត :

ព័ត៌មានដែលចែករំលែកជាមួយអ្នកដែលបានរាយខាងលើ ប្រហែលជាមិនទទួលបានការការពារពីបទបញ្ញត្តិនៃឯកជនភាពរបស់សហព័ន្ធតទៀតឡើយ ។

អទិសង្កេត/កាលបរិច្ឆេទ : \_\_\_\_\_

**សុពលភាពនៃការអនុញ្ញាត**

ការអនុញ្ញាតនេះនឹងមិនផុតកំណត់ឡើយ លុះត្រាតែអ្នកផ្លាស់ប្តូរឥទ្ធិពលរបស់អ្នក និង ដកហូតវិញ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ។ មិនមាន កាលបរិច្ឆេទកំណត់ណាមួយដែលព័ត៌មានរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានទុកជាអសាមញ្ញ ឬ ឈប់ប្រើទៅទៀតឡើយ ។ នេះគឺដោយសារតែព័ត៌មានដែល បានប្រើ និង បានបង្កើតក្នុងអំឡុងពេលសិក្សា ដែលអាចត្រូវបានយកទៅវិភាគ និង ប្រើប្រាស់ដោយគ្មាន ពេលកំណត់ ។

**ការចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាត**

- អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីបដិសេធចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ ។ ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកក្រៅពីការសិក្សា, ការចំណាយសម្រាប់ ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និង ផលប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងមិនទទួលបានផលប៉ះពាល់ឡើយ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស មិនចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះ ។
- អ្នកនឹងមិនអាចចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សានេះ និង មិនទទួលបានការព្យាបាលនៃការសិក្សាណាមួយឡើយ ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខា លើបែបបទនេះ ។
- ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ អ្នកអាចប្តូរចិត្តរបស់អ្នកបានគ្រប់ពេល ។ អ្នកស្រាវជ្រាវអាចបន្តប្រើព័ត៌មានដែល បានប្រមូលរហូតដល់ពេលដែលអ្នកផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់អ្នកជាផ្លូវការ ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់អ្នក ការអនុញ្ញាតពីអ្នកត្រូវតែ ដកហូតវិញជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ។ ដើម្បីដកហូតការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក សូមសរសេរទៅ :

ឬ

**Kathleen Ojala, RN, JD, MHA, អ្នកគ្រប់គ្រងខាងឯកជនភាព អេច អាយ ភី អេ អេ (HIPAA),**  
មណ្ឌលសុខភាពនៃសកលវិទ្យាល័យ រដ្ឋអូហៃយ៉ូ, 2375 Cramblett Hall, 456 W. Tenth Avenue, Columbus,  
Ohio 43210, ទូរស័ព្ទ : (614) 293-4477 ។

- ការចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះក៏មានន័យថាអ្នកនឹងមិនអាចមើល ឬ ចម្លងព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងការសិក្សារបស់អ្នក ឡើយ រហូតទាល់តែការសិក្សានោះបានបញ្ចប់ ។ វារួមទាំងបំណែកណាមួយនៃកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នកដែលពិពណ៌នាពី ការព្យាបាលនៃការសិក្សា ។

**ទំនាក់ទំនងសម្រាប់ពេលមានសំណួរ**

- ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរទាក់ទងនឹងសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នក សូមទាក់ទង : **Kathleen Ojala, RN, JD, MHA,** អ្នកគ្រប់គ្រងខាងឯកជនភាព អេច អាយ ភី អេ អេ (HIPAA), មណ្ឌលសុខភាពនៃសកលវិទ្យាល័យរដ្ឋអូហៃយ៉ូ, 2375 Cramblett Hall, 456 W. Tenth Avenue, Columbus, Ohio 43210, ទូរស័ព្ទ : (614) 293-4477 ។
- ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរផ្សេងៗទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវ សូមទាក់ទង :

**ហត្ថលេខា**

ខ្ញុំបានអាន (ឬ ឱ្យនរណាម្នាក់អានឱ្យខ្ញុំស្តាប់) បែបបទនេះ និង អាចសួរសំណួរផ្សេងៗ។ សំណួររបស់ខ្ញុំទាំងអស់អំពីបែបបទនេះត្រូវបានឆ្លើយយ៉ាងពេញចិត្តរបស់ខ្ញុំ។ ដោយការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំអនុញ្ញាត និង អ្នកដទៃទៀតដែលបានរាយការណ៍បែបបទនេះ ប្រើ និង ចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការសិក្សានេះ។ ខ្ញុំនឹងទទួលបានឯកសារចម្លងនៃបែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខារួចមួយច្បាប់។

ហត្ថលេខា \_\_\_\_\_  
(អ្នកចូលរួម ឬ អ្នកតំណាងដែលទទួលសិទ្ធិស្របច្បាប់)

ឈ្មោះ \_\_\_\_\_  
(សរសេរឈ្មោះខាងលើ)  
(ប្រសិនបើជាអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ សូមសរសេរទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកចូលរួមផងដែរ)

កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_ ពេលវេលា \_\_\_\_\_ AM / PM