# IDHINI YA KUFICHUA MAELEZO YA AFYA KWA AJILI YA UTAFITI

Namba ya Utafiti wa IRB Kichwa cha Utafiti

Jina la Mteja Tarehe ya Kuzaliwa

Namba ya Rekodi ya Mteja Namba ya SS ya Mteja *(Si lazima)*

Mimi ninaidhinisha

*(Mteja au Mwakilishi Binafsi)*

 kufichua maelezo mahususi ya afya

*(Jina Mpango/Mtoa Huduma za Afya)*

kutoka kwenye rekodi ya mteja aliyetajwa hapo juu kwa:

*(Jina la Mchunguzi Mkuu/Anwani/Namba ya Simu/Namba ya Faksi)*

kwa ajili ya utafiti mahususi:

*(Maelezo ya Utafiti)*

Maelezo mahususi ya kufichuliwa:

Ninaelewa kuwa maelezo yangu ya afya yatatumika na kufichuliwa kwa wale ambao wameidhinishwa kufanya utafiti huu, na yanaweza pia kufichuliwa kwa watu wengine walioidhinishwa kama vile wawakilishi wa mfadhili wa utafiti, bodi ya ukaguzi wa taasisi, na wawakilishi wa asasi za serikali, ikijumuisha Shirika la Usimamizi wa Chakula na Dawa (FDA, Food and Drug Administration) au Ofisi ya Utafiti wa Binadamu (Office of Human Research)

Ulinzi, kukagua utafiti na kwa makusudi yafuatayo:

Ninaelewa kuwa idhini hii itaacha kutumika baada ya hali, tukio au tarehe ifuatayo:

Ninaelewa kuwa iwapo hali au tarehe ya mwisho wa matumizi haijabainishwa hapo juu, idhini hii itatumika kwa muda unaohitajika ili kukamilisha utafiti au kwa kipindi cha hadi mwaka mmoja, lolote litakalotangulia. Ninaelewa pia kuwa ninaweza kubatilisha idhini hii wakati wowote na kuwa nitaambiwa nitie saini katika *Sehemu ya Ubatilishaji wa Idhini* iliyo nyuma ya fomu hii na kuirejesha kwa Mtoa Huduma za Afya au Mpango wa Afya uliotajwa hapo juu. Ninaelewa zaidi kuwa mchunguzi mkuu wa utafiti anaweza kuendelea kutumia maelezo ya afya yanayomtambulisha mtu binafsi yaliyokusanywa kabla ya tarehe ya kubatilishwa kwa idhini ikiwa maelezo hayo yanahitajika kwa ajili ya utafiti au kuripoti kama vile kuripoti matukio mabaya.

Ninaelewa kuwa maelezo yangu huenda yasilindwe kutokana na tukio jipya la ufichuzi linalofanywa na mwombaji wa maelezo; hata hivyo, ikiwa maelezo haya yanalindwa na Sheria za Faragha za Matumizi ya Dawa za Kulevya za Nchi (Federal Substance Abuse Confidentiality Regulations) na/au Sheria ya NC ya 1985 kuhusu Afya ya Akili, Ulemavu wa Ukuaji na Matumizi Mabaya ya Dawa za Kulevya (NC Mental Health, Developmental Disabilities, and Substance Abuse Act of 1985), mpokeaji hapaswi kufichua tena maelezo hayo bila idhini yangu ya maandishi isipokuwa iwe inaruhusiwa na sheria ya jimbo au nchi.

Ninaelewa kuwa ikiwa rekodi yangu ina maelezo yanayohusiana na maambukizo ya VVU, Ukimwi au magonjwa yanayohusiana na maambukizo ya Ukimwi, matumizi mabaya ya pombe, dawa za kulevya, magonjwa ya kisaikolojia au kiakili au vipimo vya kijenetiki, maelezo hayo yatajumuishwa katika ufichuzi huu.

Ninaelewa pia kuwa ninaweza kukataa kutia saini kwenye idhini hii. Hatua yangu ya kukataa kutia saini haitaathiri uwezo wangu wa kupata matibabu, malipo ya huduma au hali yangu ya kustahiki kupokea manufaa nje ya utafiti huu lakini itafanya nisiweze kushiriki katika utafiti.

Ninaelewa zaidi kuwa nitapewa nakala ya idhini hii iliyotiwa saini.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Saini ya Mteja)* |  | *(Tarehe)* |  | *(Shahidi-Akihitajika)* |
| *(Saini ya Mwakilishi Binafsi*) |  | *(Tarehe)* |  | *(Uhusiano wa Mwakilishi Binafsi/Mamlaka)* |

*KUMBUKA: Idhini hii ilibatilishwa*

*(Tarehe) (Saini ya Mfanyakazi)*

# SEHEMU YA UBATILISHAJI WA IDHINI

Ninaomba kuwa idhini hii ya kufichua maelezo ya afya ya

*(Jina la Mteja)*

iliyotiwa saini na tarehe

(*Weka Jina la Mtu Aliyetia Saini Idhini) (Weka Tarehe ya Kutia Saini)*

ibatilishwe, kuanzia Ninaelewa kuwa mchunguzi mkuu wa utafiti anaweza kuendelea kuitumia

*(Tarehe)*

na kufichua maelezo yangu ya afya ya kunitambulisha yaliyokusanywa kabla ya tarehe ya kubatilishwa kwa idhini kulingana masharti halisi ya idhini hii ikiwa maelezo hayo yanahitajika ili kudumisha uadilifu wa utafiti au kwa makusudi ya kuripoti.

*(Saini ya Mteja) (Tarehe) (Saini ya Shahidi-akihitajika) (Tarehe)*

*(Saini ya Mwakilishi Binafsi*) *(Tarehe) (Uhusiano wa Mwakilishi Binafsi/Mamlaka)*