# 為研究目的揭露健康資訊之授權

IRB 研究號碼 研究標題

客戶姓名 出生日期

客戶記錄號碼 客戶社會安全號碼*（選填）*

我 特此授權

*（客戶或個人代表）*

揭露特定健康資訊

*（醫療保健提供者/計畫名稱）*

從上述客戶的記錄中至：

*（主要研究者姓名/地址/電話/傳真）*

針對特定研究：

*（研究的描述）*

需要揭露的特定資訊：

我了解我的健康資訊將會被使用並揭露給獲授權進行研究的人員，也可能揭露給授權的第三方，例如研究申辦方的代表、機構審查委員會，以及政府機構的代表，包括美國食品藥物管理局 (FDA) 或人類研究保護辦公室，

以審查研究並用於以下目的：

我了解此授權將於以下日期、事件或情況到期：

我了解，如果上述未註明有效期限或條件，本授權在完成研究所需的時間內或最多一年內有效，以較早者為準。我也了解，我可以隨時撤銷此授權，而且將要求我在此表格背面的*撤銷部分*簽名，然後將其交回上述的醫療保健提供者或健康計畫。我進一步了解，倘若這些資訊對於維持研究之完整性或報告用途（例如不良事件報告）為必要時，研究之主要研究人員在我撤銷授權之日前所收集到的個人可識別健康資訊，仍可繼續使用及揭露。

我了解我的資訊可能無法受到資訊索取者的再揭露保護；然而，如果此資訊受到《聯邦藥物濫用保密法規》和／或《1985 年北卡羅來納州心理健康、發展障礙和藥物濫用法》保護，則除非州或聯邦法律另有規定，否則接收者未經我進一步書面授權，不得再揭露此類資訊。

我了解，如果我的記錄中包含與 HIV 感染、愛滋病或愛滋病相關病症、酗酒、藥物濫用、心理或精神狀況，或基因檢測有關的資訊，則此項揭露將包含這些資訊。

我也瞭解我可以拒絕簽署此授權書。我拒絕簽署將不會影響我獲得治療、支付服務費用或我在本研究之外獲得福利的資格，但將導致我無法參與本研究。

本人進一步了解，本人將收到此簽署授權書的副本。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *（客戶簽名）* |  | *（日期）* |  | *（見證人 - 如有需要）* |
| *（個人代表簽名）* |  | *（日期）* |  | *（個人代表關係/權限）* |

*注意：本授權撤銷日期：*

*（日期） （工作人員簽名）*

# 撤銷部分

本人特此請求揭露以下人員健康資訊之授權書：

*（客戶姓名）*

簽署者： 日期：

（*簽署授權書者姓名） （簽署日期）*

於以下生效日期起撤銷： 本人了解該研究的主要研究者可能會根據此授權之原始條款，繼續使用

*（日期）*

並揭露在我撤銷授權之日前所收集到的個人可識別健康資訊（倘若這些資訊對於維持研究之完整性或報告用途為必要）。

*（客戶簽名） （日期） （見證人簽名 - 如有需要） （日期）*

*（個人代表簽名） （日期） （個人代表關係/權限）*