

## USC HIPAA 以研究目的 使用健康資訊授權書

### 1. 本授權書目的：

聯邦法律健康保險可攜性與問責性法案 (HIPAA) 保護您健康資訊的使用方式。一般情況是除非有您的書面許可，否則 HIPAA 不會允許為了研究目的而使用或公開您的健康資訊。受到這項法律保護的健康資訊包括：醫療和牙科紀錄、接受健康照護的帳單或其他付款紀錄、組織樣本、X 光、化驗結果，以及任何其他能識別您身分的健康資訊。州法律也會保護您健康資訊的使用方式。

您簽署本授權書即表示，您允許您的健康照護服務提供者 (例如，醫師、牙醫、醫院、診所) 向本研究的研究人員和其他相關人員分享您的健康資訊，供以下所述的用途使用 (知情同意書中也說明了這些用途)。

### 2. 誰能公開您的健康資訊：

本文件允許 (i) 在本研究期間建立您的健康資訊的研究人員 / 健康照護服務提供者；及 (ii) 以下勾選的健康照護服務提供者，可以公開您的健康資訊供本文件和知情同意書所述的研究目的使用：

*(勾選全部適用的方框)*

- 所有持有我的健康資訊的健康照護服務提供者
- Keck Medical Center
- USC Norris Cancer Hospital
- Keck Hospital of USC
- Keck Doctors of USC
- Children's Hospital Los Angeles
- LAC+USC Medical Center
- Herman Ostrow School of Dentistry
- 其他：\_\_\_\_\_ (請指明)

### 3. 使用哪些健康資訊：

以上所列的健康照護服務提供者可以使用和公開 (i) 在本研究期間建立的所有健康資訊；及 (ii) 以下所述您的健康資訊：

**[勾選以下兩個方框之一]**

Principal Investigator:

Study Title:

IRB #:

健康照護服務提供者所持有的、您全部的健康資訊，但不包括 HIV 檢測結果、精神健康診斷和治療紀錄，以及藥物或酒精濫用治療紀錄；

或

只限以下的健康資訊紀錄或類型：

---

(填寫治療日期或特定的治療、紀錄或報告類型)

#### 4. 受到特殊保護的健康資訊：

以下資訊只有您在下方線上簽署姓名首字母而給予特別許可時才可以公開。

\_\_\_\_\_ HIV 檢測結果。

\_\_\_\_\_ 精神健康診斷和治療紀錄。

\_\_\_\_\_ 藥物和酒精濫用治療紀錄。

#### 5. 您健康資訊的使用方式：

可基於以下目的與下列個人或實體分享您的健康資訊：

- 由研究人員 (負責本研究的人)、研究工作人員和學生用於執行知情同意書中說明的研究以及其他研究相關活動 (例如進行安全性分析)。
- 由研究委託者 \_\_\_\_\_ [***name of sponsor***] 和其授權代表、業務夥伴、臨床研究組織和關聯機構基於知情同意書中說明的目的使用以及用於其他研究相關活動 (例如評估研究中使用的藥物、裝置或治療的安全性或療效，改善以後研究設計，或取得新藥物、裝置或健康照護產品許可)。
- 由 USC 人體試驗委員會根據法規審查涉及人體受試者的研究；
- 由 USC 的臨床試驗組織用於支持在 USC 執行的臨床試驗；

Principal Investigator:

Study Title:

IRB #:

- 其他與法規遵循有關的 **USC** 辦公室，包括法律總顧問與法律遵循辦公室；
- 美國政府機構 (例如食品藥物管理局和人體研究保護局)、其他國家的政府機構，以及其他經法律授權可審查或監督本研究的單位。

## **6. 建立研究資料庫：**

以下為自選研究活動。您可以選擇是否參與這些活動，您的選擇不會影響您是否能參與主研究。請在下方線上簽署姓名首字母，特別允許可進行本活動。

\_\_\_\_\_ 研究人員將會經常研究來自大群病患的既有健康資訊，以檢測或驗證研究人員發展的理論。您在以上簽署姓名首字母，即表示您允許 **USC** 研究團隊可將您的健康資訊輸入研究資料庫或儲存庫，供未來研究目的使用。**USC** 人體試驗委員會仍會審查研究人員未來基於研究目的而使用或公開您健康資訊的方式。

本授權書的這個部分將永久有效，除非您如以下所述撤銷 (取消) 授權書。

## **7. 本授權書適用範圍：**

**USC** 研究團隊將使用和公開您的健康資訊，用於本授權書和知情同意書所述目的或法律許可之目的。不過，與 **USC** 以外的其他人分享的健康資訊，一旦公開後可能就不再受 **HIPAA** 保護。特定健康資訊仍可能受州法律保護。

## **8. 有權拒絕存取健康資訊：**

本研究進行過程中，您可能不得存取 (查閱或複製) 在本研究期間所建立的您的健康資訊。研究結束後，您可能有權可存取您的健康資訊。

## **9. 本授權書期限：**

除資料庫研究外，本授權書將於本研究完成或終止日期起 **25** 年後失效。

## **10. 拒絕簽署 / 撤銷權利：**

Principal Investigator:

Study Title:

IRB #:

您必須簽署本授權書才能參與本研究。您可以隨時改變主意並撤銷 (撤回或取消) 本授權書並退出本研究。如欲撤銷，您必須寄送撤銷通知書給研究計畫主持人並列出以下資訊：(1) 研究名稱；以及 (2) 您的姓名和電話號碼或地址。請將撤銷通知書寄送到以下地址：

*[請於下方列出研究計畫主持人的姓名和地址]*

---

---

從研究計畫主持人收到您的撤銷通知當天起，您將不得參與本研究，我們也不會再收集可識別您身分的健康資訊。不過，我們仍可視需要使用和分享已經取得的您的健康資訊，以維持本研究的完整性。此外，如果法律規定，研究人員、委託者和政府機構可持續查看您的紀錄，以檢討本研究的品質或安全性。

#### **11. 您的隱私權相關疑問：**

如果您有關於隱私權的疑問，請聯絡 USC 法律遵循辦公室，電話號碼 213-740-8258，電子郵件地址 [compliance@usc.edu](mailto:compliance@usc.edu)。

#### **同意：**

我已閱讀 (或有人已唸給我聽) 以上提供的資訊。我有機會提問，我所有的問題也都得到滿意的回答。我於下方簽名，即表示我同意可按本授權書所述方式使用我的健康資訊。

---

參與者姓名	簽名	簽名日期
-------	----	------

如果參與者無法簽署本授權書，請填寫以下資訊：

---

法定監護人 / 個人代表姓名	簽名	法律關係	簽名日期
----------------	----	------	------

您將會收到本授權書的簽名本。