

PATIENT CONSENT FORM USE OF BARICITINIB IN HOSPITALISED ADULTS WITH COVID-19

إستمارة موافقة مريض على استخدام BARICITINIB للبالغين المصابين بـ COVID-19 الذين يحتاجون لدخول المستشفى

Baricitinib (Olumiant®) مسجل لاستخدامه في أستراليا لمعالجة بعض أنواع التهاب المفاصل الروماتويدي والإكزيما، وليس لمعالجة COVID-19. وقد أصدرت [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce](#) الأسترالية توصيات بشأن حالات الإصابة بـ COVID-19 التي يُحتمل على الأغلب أن يشكّل baricitinib علاجاً فعالاً لها.

موافقة المريض

أدرك ما يلي:

بتوقيعي على هذه الإستمارة، أنا الموقع أدناه

(write name of patient/person responsible)

- أن baricitinib (Olumiant®) غير مسجل لاستخدامه في أستراليا لمعالجة COVID-19؛
- أنه لا توجد ضمانات بمدى فعالية baricitinib لمعالجة COVID-19 وأنني قد لا أحصل / أن الشخص الذي تقع مسؤوليته على عاتقي قد لا يحصل على أية فائدة منه؛
- أنه لا توجد ضمانات بشأن أمان baricitinib عند استخدامه لمعالجة COVID-19، وأنه حتى مع اتخاذ التدابير الاحترازية قد تحصل مضاعفات غير متوقعة؛
- أنه يُحتمل حصول ردود فعل دوائية (معروفة وغير معروفة) عند استخدام baricitinib؛ وكذلك
- أنه يمكن حصول آثار جانبية عند استخدام baricitinib (معروفة وغير معروفة).

وأؤكد أنه تم إعطائي فرصة لطرح الأسئلة وأنني راضٍ عن الشرح الذي قُدم لي وعن الإجابات عن أسئلتني. وأدرك أنه يمكنني العدول عن رأيي وسحب موافقتي على علاجي بـ baricitinib في أي وقت كان. بناءً على هذه المعرفة، أوافق على استخدام baricitinib للمعالجة/المعالجة الشخص الذي تقع مسؤوليته على عاتقي.

السِّن:
(Age)

:MRN

اسم المريض:
(Patient's name)

التاريخ:
(Date)

توقيع المريض (أو المسؤول عنه*):
Signature of patient (or person responsible*)

التاريخ:
(Date)

اسم الشاهد وتوقيعه:
(Name & signature of witness)

يجب أن لا يكون الشاهد فرداً من الطاقم المعالج للمريض. وفي حال استخدام مترجم، على المترجم أن لا يوقع كشاهد على عملية الموافقة. ويجب أن تبلغ سنّ الشاهد 18 عاماً وما فوق.
(Witness is not to be a member of the treating team. In the event that an interpreter is used, the interpreter may not act as a witness to the consent process. Witness must be 18 years or older)

*إذا وقع الشخص المسؤول، يرجى منه إعطاء المعلومات التالية أدناه:

تاريخ الميلاد:
(Date of Birth)

الاسم:
(Name)

رقم الهاتف:
(Contact Number)

العنوان:
(Address)

سبب تمثيل المريض:
(Reason for representation)

الصلة بالمريض:
(Relationship to patient)

DOCTOR'S DECLARATION

I have provided to the patient/their person responsible an explanation of the use of baricitinib, its potential benefits and harms and the relevant [Patient Information Leaflet](#).

I believe the information has been understood.

Doctor's name & designation:

Signature:

Date:

If the patient cannot converse adequately in English, please use an accredited Health Care interpreter. Do not rely on relatives or other parties for interpreting.

Language:

Name of interpreter & ID #:

Signature:

Date:

Completed signed form should be kept in the patient's Health Record.