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

ڤۆرما ڕەزامەندی (خۆی) بەکارهێنانی BARICITINIB لە نەخۆشخانەدا بۆ نەخۆشانی گەورە کە COVID-19یان هەیە

Baricitinib (Olumiant©) دەرمانێکە بۆ کەمکردنەوەی هەڵامەتی سیستەمی بەرگری کە زیانبەخشە بۆ تەندروستی. ئەم دەرمانە لەلایەن National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce پێشنیارکراوە بۆ چارەسەری نەخۆشانی COVID-19. baricitinib دەتوانێت کاریگەری هەبێت لەسەر کەمکردنەوەی ماوەی نەخۆشخانەدا بۆ نەخۆشانی COVID-19.

زانیاری نەخۆشەکە

ناوی نەخۆش/کەسی بەرپرس بە نووسین: ناوی نەخۆش/کەسی بەرپرس:

(write name of patient/person responsible)

- من baricitinib (Olumiant©) وەردەگرم بۆ چارەسەری نەخۆشیی COVID-19 کە پێم وترا؛
- هەروەها من ڕەزامەندم کە baricitinib بدرێت بە من بۆ چارەسەری نەخۆشیی COVID-19، هەروەها ئەگەر پێویست بوو دەرمانەکە بگۆڕدرێت یان ڕابگیرێت؛
- هەروەها من ڕەزامەندم کە زانیاری تەندروستی من بەکاربهێنرێت بۆ baricitinib بۆ چارەسەری نەخۆشیی COVID-19، هەروەها ئەگەر پێویست بوو زانیاری تەندروستی من بنێردرێت بۆ ئەو نەخۆشخانانەی کە پەیوەندییان بە چارەسەرکردنی منەوە هەیە؛
- من هەستم بە ئازادی و بێ فشار کرد لە (پزیشک) لە وەرگرتنی baricitinib؛ و
- من هەستم بە ئازادی و بێ فشار کرد لە (پزیشک) لە وەرگرتنی baricitinib.

ئەم بەشەی خوارەوە پێویستە تەواو بکرێت لەلایەن پزیشکەوە یان کەسێکی پسپۆڕ کە ڕاهێنانی پێویستی هەبێت لەسەر بەکارهێنانی baricitinib بۆ چارەسەری نەخۆشیی COVID-19.

ناوی نەخۆش: MRN: تەمەن:
(Patient's name) *(Age)*

واژووی نەخۆش (یان کەسی بەرپرس)*: بەروار:
(Signature of patient (or person responsible))* *(Date)*

ناو و واژووی شایەتحاڵ (ئەگەر پێویست بوو): بەروار:
(If applicable, name & signature of witness) *(Date)*

شایەتحاڵ نابێت ئەندامی تیمی چارەسەرکەر بێت. ئەگەر وەرگێڕ بەکارهێنرا، وەرگێڕ ناتوانێت وەک شایەتحاڵ کار بکات لە پرۆسەی ڕەزامەندیدا. شایەتحاڵ دەبێت تەمەنی لە 18 ساڵ زیاتر بێت.
*(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)*

*ئەگەر نەخۆشەکە نەتوانێت بە باشی ئینگلیزی بدوێت، تکایە وەرگێڕێکی پزیشکی بەکاربهێنە. پشت بە خزم یان کەسانی تر مەبەستە بۆ وەرگێڕان.

ناو: ناونیشان:
(Name) *(Address)*

بەرواری لەدایکبوون: ژمارەی پەیوەندی:
(Date of Birth) *(Contact Number)*

پەیوەندی بە نەخۆشەکە (ئەگەر هەبێت): هۆکاری نوێنەرایەتیکردن:
(Relationship to patient) *(Reason for representation)*

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.

© 2021 NSW Therapeutic Advisory Group Inc and State of New South Wales (NSW Health).
This Information Leaflet is provided to support clinicians if baricitinib is used outside a trial setting.
See http://www.nswtag.org.au/covid-19-medicines-resources/ for further details.

This resource has been endorsed by the Victorian Therapeutics Advisory Group for use by Victorian Hospitals