

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

用BARICITINIB治疗新冠病毒（COVID-19）的住院成年患者的患者同意表

Baricitinib (Olumiant®) 在澳大利亚注册用于治疗某些类型的类风湿关节炎和湿疹，但没有注册用于治疗COVID-19。澳大利亚的 [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce](#) 对于baricitinib用于治疗COVID-19什么时候最可能有效提出了建议。

患者同意书

我 签署本表，表示我明白：
(write name of patient/person responsible)

- baricitinib (Olumiant®) 没有在澳大利亚注册用于治疗COVID-19；
- baricitinib治疗COVID-19的疗效无法保证，我或者我对其负责的人可能感觉不到其益处；
- baricitinib用于治疗COVID-19时的安全性无法保证，即使采取了谨慎的预防措施，也可能发生不可预见的并发症；
- 使用baricitinib有可能发生药物（已知的和未知的）相互作用；以及
- 使用baricitinib有可能出现（已知的和未知的）副作用。

我确认我有机会提出问题，而且对我的问题的解释和回答让我感到满意。
我明白，我可以随时改变主意并撤回我对使用baricitinib疗法的同意。
基于这一认识，我同意对我本人或者我对其负责的人使用baricitinib进行治疗。

患者姓名：
(Patient's name)

MRN：

年龄：
(Age)

患者（或责任人*）签名：
(Signature of patient (or person responsible*))

日期：
(Date)

证人姓名及签名：
(Name & signature of witness, if applicable)

日期：
(Date)

证人不能是治疗团队成员。如果使用口译员，口译员可以不作为同意手续中的证人。证人必须年满18岁。

(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)

* 如果责任人已经签字，请在下面提供详细资料：

姓名：
(Name)

出生日期：
(Date of Birth)

地址：
(Address)

电话号码：
(Contact Number)

与患者关系：
(Relationship to patient)

代表患者的原因：
(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.