

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

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

Baricitinib (Olumiant®) 在澳大利亞註冊用於治療某些類型的類風濕關節炎和濕疹，但沒有註冊用於治療COVID-19。澳大利亞的 [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce](#) 對於baricitinib用於治療COVID-19什麼時候最可能有效提出了建議。

### 患者同意書

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

- baricitinib (Olumiant®) 沒有在澳大利亞註冊用於治療COVID-19；
- baricitinib治療COVID-19的療效無法保證，我或者我對其負責的人可能感覺不到其益處；
- baricitinib用於治療COVID-19時的安全性無法保證，即使採取了謹慎的預防措施，也可能發生不可預見的併發症；
- 使用baricitinib有可能發生藥物（已知的和未知的）相互作用；以及
- 使用baricitinib有可能出現（已知的和未知的）副作用。

我確認我有機會提出問題，而且對我的問題的解釋和回答讓我感到滿意。  
我明白，我可以隨時改變主意並撤回我對使用baricitinib療法的同意。  
基於這一認識，我同意對我本人或者我對其負責的人使用baricitinib進行治療。

患者姓名：  
(Patient's name)

MRN：

年齡：  
(Age)

患者（或責任人\*）簽名：  
(Signature of patient (or person responsible\*))

日期：  
(Date)

證人姓名及簽名：  
(Name & signature of witness, if applicable)

日期：  
(Date)

證人不能是治療團隊成員。如果使用口譯員，口譯員可以**不作為**同意手續中的證人。證人必須年滿18歲。  
(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)

\* 如果責任人已經簽字，請在下面提供詳細資料：

姓名：  
(Name)

出生日期：  
(Date of Birth)

地址：  
(Address)

電話號碼：  
(Contact Number)

與患者關係：  
(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.