

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

COVID-19 के कारण अस्पताल में भर्ती वयस्कों में BARICITINIB (बैरिकिटिनिब) के उपयोग के लिए रोगी का सहमति पत्र

ऑस्ट्रेलिया में Baricitinib (Olumiant®) कुछ प्रकार के संघिशोथ (रहूमटॉइड आर्थराइटिस) और एक्जिमा के उपचार के लिए उपयोग के लिए पंजीकृत है, लेकिन COVID-19 के उपचार के लिए नहीं। ऑस्ट्रेलिया के [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce](#) ने इस बारे में सिफारिश की है कि COVID-19 के उपचार में baricitinib के काम करने की सबसे अधिक संभावना कब हो सकती है।

रोगी की सहमति

इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके, मैं

(write name of patient/person responsible)

यह समझता/समझती हूँ कि:

- ऑस्ट्रेलिया में COVID-19 के उपचार के उपयोग के लिए baricitinib (Olumiant®) पंजीकृत नहीं है;
- इस बात की कोई गारंटी नहीं है कि COVID-19 के इलाज के लिए baricitinib कितनी अच्छी तरह काम करेगी और मैं/जिस व्यक्ति के लिए मैं जिम्मेदार हूँ, हो सकता है कि वह किसी भी लाभ का अनुभव न करे;
- जब COVID-19 के इलाज के लिए इसका उपयोग किया जाता है तो baricitinib की सुरक्षा की कोई गारंटी नहीं होती है और यहाँ तक कि ध्यान से सावधानी बरतने पर भी, अप्रत्याशित जटिलताएं हो सकती हैं;
- baricitinib के उपयोग के साथ दवा की पारस्परिक प्रतिक्रिया (ज्ञात और अज्ञात) की संभावना है; तथा,
- हो सकता है कि baricitinib के उपयोग के साथ दुष्प्रभाव (ज्ञात और अज्ञात) का सामना करना पड़े।

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे प्रश्न पूछने का अवसर मिला है और मैं अपने प्रश्नों के स्पष्टीकरण और उत्तरों से संतुष्ट हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि किसी भी समय baricitinib के साथ इलाज के लिए मैं अपना मन बदल सकता/सकती हूँ और अपनी सहमति वापस ले सकता/सकती हूँ। यह समझने के साथ, मैं मेरे/जिस व्यक्ति के लिए मैं जिम्मेदार हूँ, के इलाज में baricitinib के उपयोग के लिए **सहमति** देता/देती हूँ।

मरीज का नाम:

(Patient's name)

MRN:

आयु:

(Age)

रोगी (या जिम्मेदार व्यक्ति*) का हस्ताक्षर:

(Signature of patient (or person responsible*))

दिनांक:

(Date)

गवाह का नाम और हस्ताक्षर:

(Name & signature of witness, if applicable)

दिनांक:

(Date)

गवाह इलाज करने वाली टीम का सदस्य नहीं होता है। इस प्रक्रिया में अगर एक दुभाषिया का उपयोग किया जाता है तो दुभाषिया सहमति के गवाह के रूप में कार्य नहीं कर सकता/सकती है। गवाह की आयु 18 वर्ष या उससे अधिक होनी चाहिए। (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)

* यदि जिम्मेदार व्यक्ति ने हस्ताक्षर किए हैं, तो कृपया नीचे विवरण प्रदान करें:

नाम:

(Name)

जन्म की तारीख:

(Date of Birth)

पता:

(Address)

संपर्क करने के लिए नंबर:

(Contact Number)

रोगी के साथ संबंध:

(Relationship to patient)

प्रतिनिधित्व का कारण:

(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.