

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

**MẪU ĐƠN ỨNG THUẬN CỦA BỆNH NHÂN
VIỆC DÙNG THUỐC BARICITINIB NƠI NGƯỜI LỚN NHẬP VIỆN DO COVID-19**

Baricitinib (Olmiant®) được đăng ký để dùng tại Úc để chữa trị một số loại bệnh thấp khớp (rheumatoid arthritis) và bệnh chàm (eczema), nhưng không để chữa trị COVID-19. [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce](#) (Lực lượng Chứng cứ Lâm sàng COVID-19 Toàn quốc) của Úc đã khuyến nghị về việc khi nào thì baricitinib rất có thể hữu hiệu trong việc chữa trị COVID-19.

ỨNG THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

Bằng cách ký tên vào đơn này, tôi

(write name of patient/person responsible)

hiểu rằng:

- baricitinib (Olmiant®) không có đăng ký để dùng tại Úc cho việc chữa trị COVID-19;
- không có bảo đảm về việc baricitinib sẽ tác dụng tốt ra sao để chữa trị COVID-19 và tôi/người mà tôi chịu trách nhiệm có thể không được lợi ích gì qua việc dùng thuốc này;
- không có bảo đảm gì về sự an toàn của baricitinib khi thuốc này được dùng để chữa trị COVID-19 và ngay cả khi có sự phòng ngừa cẩn thận, các biến chứng ngoài dự kiến có thể xảy ra;
- có khả năng về các tương tác thuốc men (biết được và không biết được) với việc sử dụng baricitinib; và,
- có thể gặp phải các tác dụng phụ khi sử dụng baricitinib (biết được và không biết được).

Tôi xác nhận rằng tôi đã có cơ hội để nêu các câu hỏi và tôi hài lòng với việc giải thích và các câu trả lời đối với các câu hỏi của tôi.

Tôi hiểu rằng bất cứ lúc nào tôi đều có thể đổi ý và rút lại sự ưng thuận của tôi với việc chữa trị bằng baricitinib.

Với sự hiểu biết này, tôi **ứng thuận** việc dùng baricitinib trong việc chữa trị cho tôi/người mà tôi chịu trách nhiệm.

Tên bệnh nhân:

(Patient's name)

MRN:

Tuổi:

(Age)

Chữ ký của bệnh nhân (hoặc người chịu trách nhiệm*):

(Signature of patient (or person responsible*))

Ngày:

(Date)

Tên & chữ ký của nhân chứng:

(Name & signature of witness, if applicable)

Ngày:

(Date)

*Nhân chứng phải là một người không phải là nhân viên điều trị. Trong trường hợp có dùng thông dịch viên, thông dịch viên không được phép làm nhân chứng trong tiến trình ký kết ưng thuận. Nhân chứng phải là người 18 tuổi trở lên.
(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)*

*Nếu người chịu trách nhiệm đã ký, vui lòng nêu chi tiết dưới đây:

Tên:

(Name)

Ngày sinh:

(Date of Birth)

Địa chỉ:

(Address)

Số điện thoại liên lạc:

(Contact Number)

Mối quan hệ với bệnh nhân:

(Relationship to patient)

Lý do cho việc đại diện:

(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.