

WRITTEN PATIENT CONSENT FORM USE OF SOTROVIMAB IN ADULTS WITH COVID-19

إستمارة موافقة مريض خطية على استخدام SOTROVIMAB
للبالغين المصابين بـ COVID-19

Sotrovimab (Xevudy®) مسجل بصورة مؤقتة لاستخدامه في أستراليا لمعالجة أعراض COVID-19 التي تتراوح حدتها بين الخفيفة والمتوسطة. وقد أصدرت [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce](#) الأسترالية توصيات بشأن حالات الإصابة بـ COVID-19 التي يُحتمل على الأغلب أن يشكّل sotrovimab علاجاً فعالاً لها.

موافقة المريض

أدرك ما يلي: بتوقيعي على هذه الإستمارة، أنا الموقع أدناه

(write name of patient/person responsible)

- أن Sotrovimab (Xevudy®) مسجل بصورة مؤقتة لاستخدامه في أستراليا لمعالجة بعض أعراض COVID-19 التي تتراوح حدتها بين الخفيفة والمتوسطة، وأنه لا تزال هناك حاجة لمزيد من المعلومات عن فعاليته وأمانه لتسجيله بصورة كاملة؛
- أنه لا توجد ضمانات بمدى فعالية sotrovimab عند استخدامه لمعالجة COVID-19 وأني قد لا أحصل / أن الشخص الذي تقع مسؤوليته على عاتقي قد لا يحصل على أية فائدة منه؛
- أنه لا توجد ضمانات بشأن أمان sotrovimab عند استخدامه لمعالجة COVID-19، وأنه حتى مع اتخاذ التدابير الاحترازية قد تحصل مضاعفات غير متوقعة؛
- أنه يُحتمل حصول ردود فعل دوائية (معروفة وغير معروفة) عند استخدام sotrovimab لأن sotrovimab يمكن أن يخفّض استجابتك للقاحات قبيل أو يُعيد إعطائها؛ (يرجى الاستفسار من طبيبك عن اللقاحات المستقبلية فور تعافيك من COVID-19)؛ وكذلك،
- أنه يمكن حصول آثار جانبية (معروفة وغير معروفة) عند استخدام sotrovimab.

وأؤكد أنه تم إعطائي فرصة لطرح الأسئلة وأني راض عن الشرح الذي قُدم لي وعن الإجابات عن أسئلتني.

وأدرك أنه يمكنني العدول عن رأبي وسحب موافقتي على علاجي بـ sotrovimab في أي وقت كان.

بناءً على هذه المعرفة، أوافق على استخدام sotrovimab لمعالجتي/لمعالجة الشخص الذي تقع مسؤوليته على عاتقي.

السن:
(Age)

:MRN

اسم المريض:
(Patient's name)

التاريخ:
(Date)

توقيع المريض (أو المسؤول عنه):
Signature of patient (or person responsible*)

التاريخ:
(Date)

عند الاقتضاء، اسم الشاهد وتوقيعه:
If applicable, name & signature of witness

يجب أن لا يكون الشاهد فرداً من الطاقم المعالج للمريض، وفي حال استخدام مترجم، على المترجم أن لا يوقع كشاهد على عملية الموافقة. ويجب أن تبلغ سنّ الشاهد 18 عاماً وما فوق.
(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)

أوافق على الاتصال بي في المستقبل بشأن حالتي الصحية ومشاعري بعدما تلقيت sotrovimab (أو بشأن الحالة الصحية للشخص الذي تقع مسؤوليته على عاتقي ومشاعره بعد تلقيه sotrovimab).

I agree to be contacted in the future about how I (or the person I am responsible for) am (are) doing and how I (they) felt after receiving sotrovimab

نعم Yes كلا No إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إعطاء رقم هاتفك:

*إذا وقّع الشخص المسؤول، يرجى منه إعطاء المعلومات التالية أدناه:

تاريخ الميلاد:
(Date of Birth)

الاسم:
(Name)

رقم الهاتف للاتصال:
(Contact Number)

العنوان:
(Address)

سبب تمثيل المريض:
(Reason for representation)

الصلة بالمريض:
(Relationship to patient)

DOCTOR'S DECLARATION

I have provided to the patient/their person responsible an explanation of the use of sotrovimab, its potential benefits and harms and the relevant [Patient Information Leaflet](#). I believe the information has been understood.

Please print & sign this form and file with the patients' Health Record. Further information about consent found here.

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.