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

ڤۆرمێ ڕەزامەندیی نووسراوی نەخۆش بۆ بەکارهێنانی SOTROVIMAB لە نەخۆشانی تووشبووی COVID-19

Sotrovimab (Xevudy®) چیە و چۆن کار دەکات بۆ نەخۆشی COVID-19. [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce](#) پێشنیاری کردووە کە sotrovimab تەنها بۆ ئەو نەخۆشانە بەکار بهێنرێت کە مەترسیی زۆر هەیە تووشی COVID-19 ببن.

تێبینیی پزیشک

ناوی نەخۆش، ئێرە بنووسە: ڕەزامەندیی مرۆ:

(write name of patient/person responsible)

- Sotrovimab (Xevudy®) چیە و چۆن کار دەکات بۆ نەخۆشی COVID-19 و کاریگەرییەکانی لەسەر تەندروستی، بەڵام هیچ بەڵێنێک نادرێت کە چارەسەر دەکات یان کاریگەرییەکانی نەهێڵێت؛
- هەڵگری کەم هەبوونەتی هەیە هەروەها sotrovimab کەمتر بەکار دەهێنرێت بۆ چارەسەری COVID-19، مانای وا نییە کە ئەو کەسانە پێویستیان بە چارەسەر نییە یان ناتوانن تووشی نەخۆشی COVID-19 ببن؛
- هەڵگری کەم هەبوونەتی هەیە ئەگەر sotrovimab بۆ چارەسەری COVID-19 بەکار نەهێنرێت، دەکرێت نەخۆش زیاتر تووشی نەخۆشی توند ببێت و پێویستی بە چارەسەری نەخۆشخانە هەبێت؛
- نابە هەڤەسێنەکانی دەرمانەکانی دژکێڵی لێدێنێ (مێرینێ مۆد مێرینێ) بە نەخۆشی sotrovimab؛ sotrovimab کاریگەریی ئەو دەرمانانە کەم دەکاتەوە کە ئەو نەخۆشانە وەردەگرن بۆ ڕێگریکردن لە نەخۆشی COVID-19؛ ئەگەر پێویست بێ پێش وەرگرتنی sotrovimab ئەو دەرمانانە وەربگرە؛ و،
- نابە هەڤەسێنەکانی دەرمانەکانی دژکێڵی لێدێنێ (مێرینێ مۆد مێرینێ) لە نەخۆشی sotrovimab.

ئێمە پێویستمان بە ڕەزامەندیی نووسراوی خۆتە هەیە بۆ ئەوەی بتوانین چارەسەرێکی باشت بۆ دابین بکەین.
ڕەزامەندیی لە نەخۆش وەربگرە کاتێک بەڵگەنامەی نەخۆشی sotrovimab تەواو دەکرێت.
ئەگەر پێویست بوو ڕەزامەندیی لە نوێنەری نەخۆش وەربگرە کاتێک نەخۆش ناتوانێت بە باشی بە زمانی ئینگلیزی قسە بکات.

ناوی نەخۆش: MRN: تەمەن:
(Patient's name) *(Age)*

واژووی نەخۆش (یان کەسی ڕەزامەندیی*): ڕێکەوت:
Signature of patient (or person responsible))* *(Date)*

ئەگەر پێویست بوو، ناو و واژووی شایەتحاڵ: ڕێکەوت:
(If applicable, name & signature of witness) *(Date)*

شایەتحاڵ دەبێت تەمەنی لە 18 ساڵ زیاتر بێت. ئەگەر چارەسەرکەر خۆی شایەتحاڵ بێت، ئەوا شایەتحاڵ ناتوانێت ببێتە بەشێک لە پرۆسەی ڕەزامەندیی. شایەتحاڵ دەبێت ئامادەبووبێت لە کاتی وەرگرتنی ڕەزامەندیی.
*(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)*

ئایا پێویستت بە وەرگێڕی هەیە بۆ وەرگێڕانی ئەم زانیارییانە بۆ زمانی (زمانی دایک) لە (وڵات) بۆ ئەوەی بتوانیت بە باشی لێیان تێبگەیت؟ ئەگەر پێویستت بە وەرگێڕ هەیە، تکایە ئەم بەشە پڕ بکەرەوە:

ناو و ژمارەی وەرگێڕ: زمان:

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:

بەڵێ Yes نەخێر No، بەڵێ، ئەگەر پێویست بوو پەیوەندیم پێوە بکرێت

*ئەگەر ڕەزامەندیی لە نوێنەری نەخۆشەوە وەرگیرا، تکایە ئەم بەشە پڕ بکەرەوە:

ناو: هەمەڵەی ڕەزامەندیی:
(Name) *(Date of Birth)*

ناونیشان: ژمارەی پەیوەندیی:
(Address) *(Contact Number)*

پەیوەندی (ئەگەر هەبێت) لەگەڵ نەخۆش: هۆکاری ئەوەی نوێنەر بێت:
(Relationship to patient) *(Reason for representation)*

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.

© 2021 NSW Therapeutic Advisory Group Inc and State of New South Wales (NSW Health)
This resource has been endorsed by the Victorian Therapeutics Advisory Group for use by Victorian Hospitals