

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

用SOTROVIMAB治疗成年新冠病毒（COVID-19）患者的
患者书面同意表

Sotrovimab (Xevudy®) 在澳大利亚临时注册用于治疗轻度至中度的COVID-19感染。澳大利亚的 [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce](#) 对于sotrovimab用于治疗COVID-19什么时候最可能有效提出了建议。

患者同意书

我

(write name of patient/person responsible)

签署本表，表示我明白：

- Sotrovimab (Xevudy®) COVID-19在澳大利亚临时注册用于治疗某些轻度至中度的COVID-19病例，在完全注册之前需要更多有关其有效性和安全性的信息；
- Sotrovimab在用于治疗COVID-19时的疗效无法保证，我或者我对其负责的人可能感觉不到其益处；
- Sotrovimab用于治疗COVID-19时的安全性无法保证，即使采取了谨慎的预防措施，也可能发生不可预见的并发症；
- 使用sotrovimab有可能发生药物相互作用（已知的和未知的）；如果在用药的不久之前或不久之后打疫苗，那么sotrovimab可能会减少人体对疫苗的反应；（关于您在COVID-19康复之后打疫苗的事宜，请向医生咨询）；以及
- 使用sotrovimab有可能出现（已知的和未知的）副作用。

我确认我有机会提出问题，而且对我的问题的解释和回答让我感到满意。

我明白，我可以随时改变主意并撤回我对使用sotrovimab疗法的同意。

基于这一认识，我同意对我本人或者我对其负责的人使用sotrovimab进行治疗。

患者姓名：

(Patient's name)

MRN：

年龄：

(Age)

患者（或责任人*）签名：

(Signature of patient (or person responsible*))

日期：

(Date)

证人姓名和签名（如果有证人的话）：

(If applicable, name & signature of witness)

日期：

(Date)

证人不能是治疗团队成员。如果使用口译员，口译员可以不作为同意手续中的证人。证人必须年满18岁。

(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)

我同意在今后有人了解我（或我对其负责的人）做了些什么、我（他们）在使用sotrovimab之后觉得怎么样：

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:

同意

(Yes)

不同意

(No)

如果同意，请提供您的电话号码：

(If yes, please provide your phone number)

* 如果责任人已经签字，请在下面提供详细资料：

姓名：

(Name)

出生日期：

(Date of Birth)

地址：

(Address)

联络号码：

(Contact Number)

与患者关系：

(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 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.