

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

用SOTROVIMAB治療成年新冠病毒（COVID-19）患者的
患者書面同意表

Sotrovimab (Xevudy®) 在澳大利亞臨時註冊用於治療輕度至中度的COVID-19感染。澳大利亞的 [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce](#) 對於sotrovimab用於治療COVID-19什麼時候最可能有效提出了建議。

患者同意書

我 _____ 簽署本表，表示我明白：
(write name of patient/person responsible)

- Sotrovimab (Xevudy®) COVID-19在澳大利亞臨時註冊用於治療某些輕度至中度的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在用於治療COVID-19時的療效無法保證，我或者我對其負責的人可能感覺不到其益處；
- Sotrovimab用於治療COVID-19時的安全性無法保證，即使採取了謹慎的預防措施，也可能發生不可預見的併發症；
- 使用sotrovimab有可能發生藥物相互作用（已知的和未知的）；如果在用藥的不久之前或不久之後打疫苗，那麼sotrovimab可能會減少人體對疫苗的反應；（關於您在COVID-19康復之後打疫苗的事宜，請向醫生諮詢）；以及
- 使用sotrovimab有可能出現（已知的和未知的）副作用。

我確認我有機會提出問題，而且對我的問題的解釋和回答讓我感到滿意。
我明白，我可以隨時改變主意並撤回我對使用sotrovimab療法的同意。
基於這一認識，我同意對我本人或者我對其負責的人使用sotrovimab進行治療。

患者姓名：
(Patient's name)

MRN：

年齡：
(Age)

患者（或責任人*）簽名：
(Signature of patient (or person responsible*))

日期：
(Date)

證人姓名和簽名（如果有證人的話）：
(If applicable, name & signature of witness)

日期：
(Date)

證人不能是治療團隊成員。如果使用口譯員，口譯員可以**不**作為同意手續中的證人。證人必須年滿18歲。
(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)

我同意在今後有人了解我（或我對其負責的人）做了些什麼、我（他們）在使用sotrovimab之後覺得怎麼樣：
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 不同意 如果同意，請提供您的電話號碼：
(Yes) (No) (If yes, please provide your phone number)

* 如果責任人已經簽字，請在下面提供詳細資料：

姓名：
(Name)

出生日期：
(Date of Birth)

地址：
(Address)

聯絡號碼：
(Contact Number)

與患者關係：
(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.