

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

COVID-19 के कारण अस्पताल में भर्ती वयस्कों में SOTROVIMAB (बैरिकिटिनिब) के उपयोग के लिए रोगी का लिखित सहमति पत्र

Sotrovimab (Xevudy®) हल्के से मध्यम COVID-19 के इलाज के लिए ऑस्ट्रेलिया में अनंतिम रूप से पंजीकृत है ऑस्ट्रेलिया के [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce](#) ने इस बारे में सिफारिश की है कि COVID-19 के उपचार में sotrovimab के काम करने की सबसे अधिक संभावना कब हो सकती है।

रोगी की सहमति

इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके, मैं

(write name of patient/person responsible)

यह समझता/समझती हूँ कि:

- Sotrovimab (Xevudy®) हल्के से मध्यम COVID-19 के कुछ मामलों के इलाज के लिए ऑस्ट्रेलिया में अनंतिम रूप से पंजीकृत है और इसके पूर्ण रूप से पंजीकृत किए जाने से पहले इसकी प्रभावकारिता और सुरक्षा के बारे में और अधिक जानकारी की ज़रूरत है;
- जब sotrovimab का प्रयोग COVID-19 के इलाज के लिए किया जाता है तो इसकी प्रभावकारिता की कोई गारंटी नहीं है और मैं/जिस व्यक्ति के लिए मैं जिम्मेदार हूँ, हो सकता है कि वह किसी भी लाभ का अनुभव न करे;
- जब COVID-19 के इलाज के लिए इसका उपयोग किया जाता है तो sotrovimab की सुरक्षा की कोई गारंटी नहीं होती है और यहाँ तक कि ध्यान से सावधानी बरतने पर भी, अप्रत्याशित जटिलताएँ हो सकती हैं;
- Sotrovimab के उपयोग के साथ दवा की पारस्परिक प्रतिक्रियाओं (ज्ञात और अज्ञात) की संभावना है; sotrovimab टीकों के प्रति आपकी प्रतिक्रिया को टीके लगाए जाने से तुरंत पहले या इसके बाद कम कर सकती है; (जब आप COVID-19 से रिकवर कर जाएँ तो कृपया भविष्य के टीकाकरणों के बारे में अपने डॉक्टर से बात करें); तथा, हो सकता है कि sotrovimab के उपयोग के साथ दुष्प्रभावों (ज्ञात और अज्ञात) का सामना करना पड़े।

मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे प्रश्न पूछने का अवसर मिला है और मैं अपने प्रश्नों के स्पष्टीकरण और उत्तरों से संतुष्ट हूँ।

मैं समझता/समझती हूँ कि किसी भी समय sotrovimab के साथ इलाज के लिए मैं अपना मन बदल सकता/सकती हूँ और अपनी सहमति वापस ले सकता/सकती हूँ।

यह समझने के साथ, मैं मेरे/जिस व्यक्ति के लिए मैं जिम्मेदार हूँ, के इलाज में sotrovimab के उपयोग के लिए **सहमति** देता/देती हूँ।

मरीज का नाम:

(Patient's name)

MRN:

आयु:

(Age)

रोगी (या जिम्मेदार व्यक्ति*) के हस्ताक्षर:

(Signature of patient (or person responsible*))

दिनांक:

(Date)

यदि लागू हो, तो गवाह का नाम और हस्ताक्षर:

(If applicable, name & signature of witness)

दिनांक:

(Date)

गवाह इलाज करने वाली टीम का सदस्य नहीं होता है। इस प्रक्रिया में अगर एक दुभाषिया का उपयोग किया जाता है तो दुभाषिया सहमति के गवाह के रूप में कार्य नहीं कर सकता/सकती है। गवाह की आयु 18 वर्ष या उससे अधिक होनी चाहिए।

(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)

मैं भविष्य में इस बारे में अपने आप से संपर्क किए जाने की सहमति देता/देती हूँ कि sotrovimab प्राप्त करने के बाद मैं (या जिस व्यक्ति के लिए मैं जिम्मेदार हूँ वह) कैसा हूँ (है) और मैंने (उन्होंने) कैसा महसूस किया:

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:

हाँ

नहीं

यदि हाँ, तो कृपया अपना फोन नम्बर प्रदान करें:

(Yes)

(No)

(If yes, please provide your phone number)

* यदि जिम्मेदार व्यक्ति ने हस्ताक्षर किए हैं, तो कृपया नीचे विवरण प्रदान करें:

नाम:

(Name)

जन्म की तारीख:

(Date of Birth)

पता:

(Address)

संपर्क नंबर:

(Contact Number)

रोगी के साथ संबंध:

(Relationship to patient)

प्रतिनिधित्व का कारण:

(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.