

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

GIẤY ỨNG THUẬN CỦA BỆNH NHÂN  
VIỆC DÙNG THUỐC SOTROVIMAB NƠI NGƯỜI LỚN NHẬP VIỆN DO COVID-19

Sotrovimab (Xevudy®) được đăng ký tạm thời để dùng tại Úc cho việc chữa trị bệnh COVID-19 dạng nhẹ đến trung bình. [National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce](#) (Lực lượng Chứng cứ Lâm sàng COVID-19 Toàn quốc) của Úc đã khuyến nghị về việc khi nào thì sotrovimab rất có thể hữu hiệu trong việc chữa trị COVID-19.

## ỨNG THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

Bằng cách ký tên vào đơn này, tôi

(write name of patient/person responsible)

hiểu rằng:

- sotrovimab (Xevudy®) được đăng ký tạm thời để dùng tại Úc cho việc chữa trị một số ca nhiễm COVID-19 dạng nhẹ đến trung bình, và cần có thêm thông tin về sự hữu hiệu và an toàn của thuốc này trước khi thuốc này được đăng ký đầy đủ;
- không có bảo đảm về mức hữu hiệu của sotrovimab khi được dùng để chữa trị COVID-19 và tôi/người mà tôi chịu trách nhiệm có thể không được lợi ích gì qua việc dùng thuốc này;
- không có bảo đảm gì về sự an toàn của sotrovimab khi thuốc này được dùng để chữa trị COVID-19 và ngay cả khi có sự phòng ngừa cẩn thận, các biến chứng ngoài dự kiến có thể xảy ra;
- có khả năng về các tương tác thuốc men (biết được và không biết được) với việc dùng sotrovimab; sotrovimab có thể làm giảm sự đáp ứng của quý vị đối với các thuốc chủng ngừa ngay trước khi hoặc sau khi thuốc chủng ngừa được chích; (vui lòng hỏi bác sĩ của quý vị về các chủng ngừa trong tương lai một khi quý vị đã khỏi bệnh COVID-19); và
- có thể gặp phải các tác dụng phụ (biết được và không biết được) khi dùng sotrovimab.

Tôi xác nhận rằng tôi đã có cơ hội để nêu các câu hỏi và tôi hài lòng với việc giải thích và các câu trả lời đối với các câu hỏi của tôi. Tôi hiểu rằng bất cứ lúc nào tôi đều có thể đổi ý và rút lại sự ưng thuận của tôi với việc chữa trị bằng sotrovimab. Với sự hiểu biết này, tôi **ứng thuận** việc dùng sotrovimab trong việc chữa trị cho tôi/người mà tôi chịu trách nhiệm.

Tên bệnh nhân:  
(Patient's name)

MRN:

Tuổi:  
(Age)

Chữ ký của bệnh nhân (hoặc người chịu trách nhiệm\*):  
(Signature of patient (or person responsible\*))

Ngày:  
(Date)

Nếu thích ứng, tên & chữ ký của người làm chứng:  
(If applicable, name & signature of witness)

Ngày:  
(Date)

*Nhân chứng phải là một người không phải là nhân viên đội chữa trị. Trong trường hợp có dùng thông dịch viên, thông dịch viên không được phép làm nhân chứng trong tiến trình ký kết ưng thuận. Nhân chứng phải là người 18 tuổi trở lên. (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)*

Tôi đồng ý để nhân viên liên lạc chúng tôi sau này để hỏi thăm sức khỏe của tôi (hoặc người mà tôi chịu trách nhiệm) và về việc tôi (hoặc người đó) cảm thấy thế nào sau khi dùng thuốc 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:

Có (Yes)      Không (No)      Nếu trả lời 'Có' (đồng ý), vui lòng cung cấp số điện thoại của quý vị :

\*Nếu người chịu trách nhiệm đã ký, vui lòng nêu chi tiết dưới đây:

Tên:  
(Name)

Ngày sinh:  
(Date of Birth)

Địa chỉ:  
(Address)

Số điện thoại liên lạc:  
(Contact Number)

Mối quan hệ với bệnh nhân:  
(Relationship to patient)

Lý do cho việc đại diện:  
(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.