

## COVIDSurg: A collaborative global cohort study tracking the outcomes of surgical patients with COVID-19 infection

### Consent Form

#	Statement (please read)	Participant (initial or thumb print each box)
1	I have read/ had read to me of the Patient Information Sheet for the above study (dated DD/MM/YYYY, version _____) and have had the opportunity to consider the information and ask questions.	
2	I understand that my participation in this study is voluntary and that I may withdraw at any time without giving a reason. I understand that opting out will not affect my future medical care.	
3	I give permission for researchers to look at my medical records to get information about my care, and to contact me as part of this research study.	
4	I give informed explicit consent to have my data processed as part of this research study. I am happy for information about me related to the study being stored on password protected computer systems at my hospital and also at the University of Birmingham in England. This will be backed-up in a separate location to keep my information safe.	
5	I consent to take part in this research study having been fully informed of the risks, benefits and alternatives.	
<b>Name of participant</b>		
<b>Name of participant</b>		<b>Name of Principal Investigator/ nominee taking consent</b>
<b>Signature (or thumb print) of participant</b>		I, the undersigned, have taken the time to fully explain to the above patient the nature and purpose of this study in a way that they could understand. I have explained the risks involved as well as the possible benefits. I have invited them to ask questions on any aspect of the study that concerned them.
		<b>Signature of researcher</b>
<b>Date form signed (or thumb printed) by participant</b> DD / MM / YYYY		<b>Date form signed by researcher</b> DD / MM / YYYY

3 copies to be made: 1 for patient, 1 for PI and 1 for hospital

## كوفيد سيرج: دراسة حشدية عالمية مشتركة لتعقب النتائج التي تحدث لمرضى العمليات الجراحية المصابين بعدوى كوفيد-19

### نموذج موافقة

المشارك	البيان (نرجو قراءته)	م
(التوقيع أو البصمة في كل مربع)		
	قرأت / قرأت لي ورقة معلومات المريض لأجل الدراسة المذكورة أعلاه (تاريخ --/--/----، النسخة _____) وتم إعطائي الفرصة لدراسة المعلومات وطرح الأسئلة.	1
	أتفهم بأن مشاركتي في هذه الدراسة هي مشاركة طوعية وأنتي يمكنني الانسحاب في أي وقت أريد من غير إبداء الأسباب. وأتفهم أن الانسحاب لن يؤثر مستقبلاً على رعايتي الطبية.	2
	أعطي الأذن للباحثين بالاطلاع على سجلاتي الطبية للحصول على المعلومات بشأن رعايتي الطبية والاتصال بي في إطار الدراسة البحثية.	3
	أعطي الموافقة الصريحة الواعية على معاملة بياناتي في إطار هذه الدراسة البحثية. وإنني سعيد بأن تكون معلوماتي متصلة بالدراسة المحفوظة في أنظمة حاسوبية محمية بكلمة مرور في المستشفى الذي أتعالج فيه وكذلك في جامعة بيرمنجهام في إنجلترا. وسوف يتم حفظ ذلك في موقع منفصل حفاظاً على أمان معلوماتي.	4
	أوافق على المشاركة في هذه الدراسة البحثية بعد إعلامي بكافة مخاطرها وفوائدها وبدائلها.	5
اسم المشارك	اسم الباحث الرئيس/ المخول بأخذ الموافقة	
أنا الموقع أعلاه أمضيت الوقت الكافي لتوفير الشرح الكامل للمريض المذكور أعلاه بطبيعة وهدف هذه الدراسة بأسلوب يمكنه فهمه. وقد شرحت المخاطر التي تتضمنها الدراسة وكذلك الفوائد المحتملة. وقد دعوته لطرح الأسئلة حول أي جانب يتعلق به في هذه الدراسة.	توقيع (أو بصمة الإبهام) للمشارك	
تاريخ توقيع الموافقة من قبل الباحث ----/--/--	تاريخ توقيع الموافقة (أو بصمة الإبهام) من قبل المشارك ----/--/--	

تصدر بثلاث نسخ: نسخة للمريض ونسخة للباحث الرئيس ونسخة للمستشفى