

## കോവിഡ് സിജ് വീക്ക് രോഗികൾക്കുള്ള വിവരങ്ങളും സമ്മതവും

### രോഗികൾക്കുള്ള വിവരങ്ങള്

കോവിഡ് സിജ് വീക്ക് എന്നത് സർജിക്കൽ ചികിത്സയുടെ ഫലങ്ങളില്ലാതെ കോറോണ വൈറസ് അണുബാധയുടെ സ്വാധീനം പരിശോധിക്കുന്ന ഒരു അന്താരാഷ്ട്ര പഠനമാണ്. കോറോണ വൈറസ് അല്ലെങ്കിൽ കോവിഡ്-19 എന്നത് വ്യക്തികളിൽ നിന്ന് വ്യക്തികളിലേക്ക് പകരുകയും ശ്വാസോച്ഛ്വാസ അവയവങ്ങളെ ബാധിക്കുകയും ചെയ്യുന്ന ഒരു വൈറൽ അണുബാധയാണ്. ലോകമെമ്പാടുമുള്ള ദശലക്ഷക്കണക്കിന് ആളുകളെ ബാധിച്ചിരിക്കുന്ന ഒരു ആഗോള ആരോഗ്യ പശ്ചാത്താപമായി ഇത് മാറുകയും ശസ്ത്രക്രിയ വേണ്ടി വരുന്ന രോഗികളുടെ ചികിത്സയിൽ തീരുമാനങ്ങൾ എടുക്കുന്നതിൽ ഡോക്ടർമാർക്ക് വലിയ വെല്ലുവിളി ഉയർത്തുകയും ചെയ്തിരിക്കുകയാണ്.

കോവിഡ് സിജ് വീക്ക് പഠനത്തിൽ, നിങ്ങളുടെ ശസ്ത്രക്രിയയെക്കുറിച്ചും ശസ്ത്രക്രിയക്കു ശേഷം നിങ്ങൾക്ക് എങ്ങനെയാണുണ്ടായിരുന്നു എന്നതിനെക്കുറിച്ചും ഞങ്ങൾ വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കും. നിങ്ങളുടെ ചികിത്സയിൽ മാറ്റമുണ്ടാകില്ല. ശസ്ത്രക്രിയാ സമയത്തും ശസ്ത്രക്രിയക്കു ശേഷം 30 ദിവസം കഴിഞ്ഞും നിങ്ങളുടെ പതിവ് ഫോളോ-അപ്പിനായി നിങ്ങൾ ആശുപത്രി സന്ദർശിക്കുകയാണെങ്കിൽ നേരിട്ട് അല്ലെങ്കിൽ ടെലിഫോണിലൂടെ ഡാറ്റ ശേഖരിക്കും. ഇതിനായി നിങ്ങൾ ആശുപത്രിയിലേക്ക് അധിക സന്ദർശനം നടത്തേണ്ടതില്ല. നിങ്ങളിൽ നിന്ന് ശേഖരിച്ച വിവരങ്ങൾ കോവിഡ് -19 ശസ്ത്രക്രിയാ ചികിത്സയുടെ ഫലത്തെ എങ്ങനെ ബാധിക്കുന്നു എന്നതിനെക്കുറിച്ചുള്ള ഉപയോഗപ്രദമായ ഉപകാഴ്ച നൽകും. ഭാവി തീരുമാനങ്ങൾ എടുക്കുന്നതിന് ഇത് ഡോക്ടർമാർക്ക് സഹായകമാകും. ഈ ഡാറ്റയിൽ രോഗിയെ തിരിച്ചറിയാൻ കഴിയുന്ന വിവരങ്ങളൊന്നും ഉൾപ്പെടുത്തിയില്ല. ഇത് ഒരു ഓഫ്ലൈൻ പ്ലാറ്റ്ഫോമിൽ സുരക്ഷിതമായി സൂക്ഷിക്കും. ഇവ ഗവേഷണ ആവശ്യത്തിനായി അധികാരപ്പെടുത്തിയ ഉദ്യോഗസ്ഥർ മാത്രമേ കാണുകയുള്ളൂ. ഈ പഠനത്തിലെ പങ്കാളിത്തം കൊണ്ട് നിങ്ങൾക്ക് അപകടസാധ്യതകള് ഒന്നുമില്ല. ഇതേക്കുറിച്ച് കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക് ആവശ്യമുണ്ടെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ ഡോക്ടറോട് ചോദിക്കാവുന്നതാണ്.

പങ്ക്ടുകാർക്ക് നിങ്ങൾ സമ്മതിക്കുകയാണെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ ശസ്ത്രക്രിയയെയും ശസ്ത്രക്രിയയെ തുടർന്നുള്ള നിങ്ങളുടെ ആരോഗ്യത്തെയും കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കാനും കൈമാറാനും നിങ്ങൾ സമ്മതിക്കുകയാണ്. ശസ്ത്രക്രിയ കഴിഞ്ഞ് 30 ദിവസങ്ങൾ വരെ ഒരു കാരണവും നൽകാതെ തന്നെ എപ്-പേപ്പർ വേണമെങ്കിലും നിങ്ങളുടെ സമ്മതം പിൻവലിക്കാൻ നിങ്ങൾക്ക് സ്വാതന്ത്ര്യമുണ്ട്. ഇത് നിങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കുന്ന പരിചരണത്തെ ഒരു തരത്തിലും ബാധിക്കില്ല.

### സമ്മതം

മുകളിൽ നൽകിയ വിവരങ്ങൾ ഞാൻ വായിച്ചു/മുകളിൽ നൽകിയ വിവരങ്ങൾ എൻ്റെ വായിച്ചു കേൾപ്പിച്ചു. ഈ പഠനത്തിൻ്റെ സ്വഭാവം എനിക്ക് മനസ്സിലായി. എൻ്റെ ഡോക്ടറോട് ഇതേക്കുറിച്ച് ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിക്കാൻ എനിക്ക് അവസരം ലഭിച്ചു. എൻ്റെ വിവരങ്ങള് ശേഖരിക്കാനുള്ള സമ്മതം ഞാൻ സ്വമേധയാ നൽകുന്നതാണെന്ന് എനിക്കറിയാം. ശസ്ത്രക്രിയ കഴിഞ്ഞ് 30 ദിവസം വരെ ഏത് സമയത്തും ഒരു കാരണവും നൽകാതെ എനിക്ക് ഈ സമ്മതം പിൻവലിക്കാൻ കഴിയും.

എൻ്റെ ശസ്ത്രക്രിയയിൽ നിന്നുള്ള വിവരങ്ങൾ ഈ പഠനത്തിനു വേണ്ടി ഉപയോഗിക്കാൻ ഞാൻ ഡോക്ടർമാർക്ക് അനുവാദം നൽകുന്നു.

രോഗിയുടെ പേര്-

രോഗിയുടെ ഒപ്പ്/വിരലടയാളം-

സാക്ഷിയുടെ പേര്-

സാക്ഷിയുടെ ഒപ്പ് -

ഗവേഷണ ടീം അംഗത്തിന്റെ പേര്-

ഗവേഷണ ടീം അംഗത്തിന്റെ ഒപ്പ് -

പിന്യുടെ പേര്

പിന്യുടെ വിലാസം

എത്തിക്സ് കമ്മിറ്റിയുടെ വിലാസം-