

## कोविडसर्ज वीक रुग्णांसाठी माहिती आणि संमती

### रुग्णासाठी माहिती

कोविडसर्ज वीक हा एक आंतरराष्ट्रीय अभ्यास असून त्यामध्ये शस्त्रक्रियात्मक उपचारांवरचे कोरोनाव्हायरस जंतुबाधांवरचे परिणाम तपासले जात आहेत. कोरोनाव्हायरस किंवा कोविड-19 ही श्वसनद्रियांची विषाणुबाधा असून तिचा प्रसार एका व्यक्तीकडून दुसऱ्या व्यक्तीकडे होतो. ही आता एक जागतिक आरोग्य समस्या झाली असून तिने लक्षावधी लोक प्रभावित झाले आहेत, आणि यामुळे आपल्या रुग्णांवर शस्त्रक्रियेचे उपचार करू इच्छिणाऱ्या डॉक्टरांना निर्णय घेण्यासाठी मोठी समस्या उभी राहत आहे, कारण निर्णय घेण्यासाठी कोणतीही पूर्वीची माहिती नाही.

कोविडसर्ज वीक अभ्यासात आम्ही तुमच्या शस्त्रक्रियेबाबत, आणि शस्त्रक्रियेनंतर तुम्ही कसे आहात याबद्दल माहिती जमवणार आहोत. तुमच्या उपचारांमध्ये कोणताही बदल होणार नाही. एक तर शस्त्रक्रियेच्या वेळी, आणि शस्त्रक्रियेनंतर 30 दिवसांनी जर तुम्ही रुग्णालयाला तुमच्या नित्याच्या पाठपुराव्यासाठी भेट देणार असाल तर तुमच्याकडून व्यक्तिशः, किंवा दूरध्वनीवरून तुमच्याकडून माहिती घेतली जाईल. त्यासाठी तुम्हाला रुग्णालयाला कोणतीही अतिरिक्त भेट देण्याची आवश्यकता लागणार नाही. तुमच्याकडून घेतलेल्या माहितीमुळे, शस्त्रक्रियात्मक उपचारांच्या परिणामांवर कोविड-19 चे कसे परिणाम होतात याबद्दल उपयुक्त माहिती मिळेल. या माहितीमध्ये रुग्णाची व्यक्तिगत ओळख सांगणारी कोणतीही माहिती समाविष्ट नसेल, ती एका ऑनलाईन प्लॅटफॉर्मवर संग्रहित करून ठेवली जाईल आणि तिचा वापर फक्त अधिकृत व्यक्ती संशोधनासाठी करतील. यात भाग घेण्यामुळे तुम्हाला कोणताही अनावश्यक धोका निर्माण होत नाही. अधिक माहिती हवी असल्यास तुम्ही तुमच्या डॉक्टरांना त्याबद्दल विचारू शकता.

तुम्ही जर भाग घेण्यास संमती दिली, तर तुम्ही, तुमची शस्त्रक्रिया आणि शस्त्रक्रियेनंतरचे तुमचे आरोग्य याबद्दलची माहिती जमवणे आणि हस्तांतरित करणे याला संमती द्याल. तुम्ही तुमची संमती शस्त्रक्रियेनंतर 30 दिवसांच्या आत केव्हाही, कोणतेही कारण न देता मागे घेण्यास मुक्त आहात. याचा कोणताही परिणाम तुम्हाला मिळणाऱ्या निगेवर होणार नाही.

### संमती

मी वरील माहिती वाचली आहे/मला वाचून दाखवण्यात आली आहे आणि मला अभ्यासाचे स्वरूप समजले आहे. मला त्याबाबत माझ्या डॉक्टरांना प्रश्न विचारण्याची संधी देण्यात आली आहे. मला माहित आहे की माझी

माहिती जमवण्यासाठीची संमती ऐच्छिक असून मी माझी संमती शस्त्रक्रियेनंतर 30 दिवसांच्या आत केव्हाही, कोणतेही कारण न देता मागे घेऊ शकतो/ते.

मी माझ्या शस्त्रक्रियेमधील माहितीचा वापर माझ्या डॉक्टरांना या अभ्यासासाठी करू देण्यास सहमत आहे.

रुग्णाचे नाव-

रुग्णाची स्वाक्षरी/अंगठ्याचा ठसा-

साक्षीदाराचे नाव-

साक्षीदाराची स्वाक्षरी-

संशोधन गटाच्या सदस्याचे नाव-

संशोधन गटाच्या सदस्याची स्वाक्षरी-

पीआय चे नाव

पीआय चा पत्ता

नीतिमत्ता समितीचा पत्ता-