

కోవిడ్-19 వారం రోగి సమాచారం మరియు సమ్మతి

రోగి సమాచారం

కోవిడ్-19 వారం అనేది శస్త్రచికిత్సా చికిత్స ఫలితాలపై కరోనావైరస్ సంక్రమణ యొక్క ప్రభావాన్ని అధ్యయనం చేసే అంతర్జాతీయ అధ్యయనం. కరోనావైరస్ లేదా కోవిడ్-19 అనేది శ్వాసకోశ అవయవాల యొక్క వైరల్ సంక్రమణ, ఇది వ్యక్తి నుండి వ్యక్తికి వ్యాపిస్తుంది. ఇది ప్రపంచవ్యాప్తంగా లక్షలాది మందిని ప్రభావితం చేసే ప్రపంచ ఆరోగ్య సమస్యగా మారింది మరియు శస్త్రచికిత్సలు అవసరమయ్యే రోగుల చికిత్స కోసం నిర్ణయాలు తీసుకోవడంలో వైద్యులకు పెద్ద సవాలుగా ఉంది, ఎందుకంటే దీనిపై మునుపటి డేటా లేదు.

కోవిడ్-19 వారం అనే ఈ అధ్యయనంలో మేము మీ శస్త్రచికిత్స గురించి మరియు శస్త్రచికిత్స తర్వాత మీరు ఎలా ఉన్నారు అనేదాని గురించి డేటాను సేకరిస్తాము. మీ చికిత్సలో ఎటువంటి మార్పు ఉండదు. ఆపరేషన్ సమయంలోను మరియు ఆపరేషన్ తర్వాత 30 రోజుల తర్వాత నేరుగా లేదా మీ మామూలు అనుసరణ కోసం లేదా టెలిఫోన్ ద్వారా మీరు 30 రోజులకు ఆసుపత్రిని సందర్శిస్తుంటే డేటా సేకరించబడుతుంది. దీని కోసం మీరు ఆసుపత్రికి అదనపు సందర్శన చేయవలసిన అవసరం లేదు. మీ నుండి సేకరించిన సమాచారం కోవిడ్-19 శస్త్రచికిత్స ఫలితాలను ఎలా ప్రభావితం చేస్తుందనే దానిపై ఉపయోగకరమైన అంతర్జాతీయ అధ్యయనం అందిస్తుంది. ఇది భవిష్యత్తులో నిర్ణయాలు తీసుకోవడంలో వైద్యులకు మార్గనిర్దేశం ఇస్తుంది. ఈ డేటాలో రోగిని గుర్తించదగిన సమాచారం ఉండదు, ఆన్‌లైన్ ప్లాట్‌ఫారమ్‌లో సురక్షితంగా నిల్వ చేయబడుతుంది మరియు పరిశోధన యొక్క ప్రయోజనం కోసం అధికృత సిబ్బంది మాత్రమే యాక్సెస్ చేస్తారు. ఈ అధ్యయనంలో పాల్గొనడం మిమ్మల్ని ఎటువంటి అనవసరమైన ప్రమాదానికి గురిచేయదు. మీరు మరింత సమాచారం కావాలనుకుంటే, మీ వైద్యుడిని అడగవచ్చు.

మీరు పాల్గొనడానికి అంగీకరిస్తే, శస్త్రచికిత్స గురించి మరియు శస్త్రచికిత్స తరువాత మీ ఆరోగ్యం గురించి సమాచారాన్ని సేకరించడం మరియు బదిలీ చేయడానికి మీరు అంగీకరిస్తారు. శస్త్రచికిత్స తర్వాత 30 రోజుల వరకు, కారణం చెప్పకుండా ఎప్పుడైనా మీ సమ్మతిని మీరు ఉపసంహరించుకోవచ్చు. ఇది మీరు పొందే సంరక్షణను ఏ విధంగానూ ప్రభావితం చేయదు.

సమ్మతి

నేను పై సమాచారాన్ని చదివాను/పై సమాచారం నాకు చదివి వినిపించబడింది మరియు అధ్యయనం యొక్క స్వభావాన్ని అర్థం చేసుకున్నాను. దాని గురించి నా వైద్యుడికి ప్రశ్నలు అడిగే అవకాశం నాకు లభించింది. నా డేటా సేకరణకు సమ్మతి స్వచ్ఛందమని

నాకు తెలుసు మరియు శస్త్రచికిత్స నుండి 30 రోజుల వరకు ఏ కారణం చెప్పకుండా నేను ఎప్పుడైనా నా సమ్మతిని ఉపసంహరించుకోగలను.

ఈ అధ్యయనం కోసం నా శస్త్రచికిత్స నుండి వచ్చిన సమాచారాన్ని నా వైద్యులు ఉపయోగించుకోవాలని నేను కోరుకుంటున్నాను.

రోగి పేరు -

రోగి యొక్క సంతకం / వేలిముద్ర-

సాక్షి పేరు-

సాక్షి సంతకం -

పరిశోధనా బృందం సంభ్యుని పేరు -

పరిశోధనా బృందం సంభ్యుని సంతకం-

PI పేరు

PI చిరునామా

నైతిక విలువల సంఘం చిరునామా-