

কোভিডসার্গ সপ্তাহের রোগীদের তথ্য এবং সম্মতি

রোগীর তথ্য

কোভিডসার্গ সপ্তাহটি একটি আন্তর্জাতিক গবেষণা যা সার্জিকাল চিকিত্সার ফলাফলের উপর করোনভাইরাস সংক্রমণের প্রভাবের দিকে তাকিয়ে থাকে। করোনভাইরাস বা কোভিড -19 হ'ল শ্বাসযন্ত্রের অঙ্গগুলির একটি ভাইরাল সংক্রমণ যা একেজন ব্যক্তি থেকে ছড়িয়ে পড়ে। এটি বিশ্বব্যাপী স্বাস্থ্য সমস্যা হয়ে দাঁড়িয়েছে যা বিশ্বজুড়ে কয়েক মিলিয়নকে প্রভাবিত করে এবং রোগীদের চিকিত্সার জন্য প্রয়োজনীয় সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে চিকিত্সকরা একটি বড় চ্যালেঞ্জের মুখোমুখি হয়েছেন কারণ এর কোনও পূর্ববর্তী তথ্য নেই।

কোভিডসার্গ সপ্তাহের অধ্যয়নের মধ্যে আমরা আপনার সার্জারি এবং অস্ত্রোপচারের পরে আপনি কীভাবে ছিলেন সে সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ করব। আপনার চিকিত্সার কোনও পরিবর্তন হবে না। অপারেশন চলাকালীন এবং অপারেশনের 30 দিনের পরে তথ্য সংগ্রহ করা হবে, আপনি নিজেই স্বশরীরে রুটিন ফলোআপের জন্য 30 দিনের পরে হাসপাতালে যেতে পারেন বা টেলিফোনে খোঁজ নিতে পারেন। এজন্য আপনাকে হাসপাতালে কোনও অতিরিক্ত পরিদর্শন করার প্রয়োজন হবে না। আপনার কাছ থেকে সংগৃহীত তথ্য কোভিড -19 কীভাবে অস্ত্রোপচার চিকিত্সার ফলাফলগুলিকে প্রভাবিত করে সে সম্পর্কে দরকারী অন্তর্দৃষ্টি সরবরাহ করবে। এটি ভবিষ্যতের সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে চিকিত্সকদের সাহায্য করবে। এই তথ্যে কোনও রোগী শনাক্তযোগ্য তথ্য অন্তর্ভুক্ত করা হবে না, একটি অনলাইন প্ল্যাটফর্মে নিরাপদে সংরক্ষণ করা হবে এবং কেবল গবেষণার উদ্দেশ্যে অনুমোদিত কর্মীরা দ্বারা অধিগত করা হবে। এই গবেষণায় অংশ নেওয়ায় আপনাকে কোনও অপ্রয়োজনীয় ঝুঁকির মধ্যে রাখে হবে না। আপনি যদি আরও কোনও তথ্য চাইতে চান তবে সেই বিষয়ে আপনার ডাক্তারের কাছে জানতে চাইতে পারেন।

আপনি যদি অংশ নিতে রাজি হন তবে আপনি অপারেশন এবং আপনার অপারেশন পরবর্তী স্বাস্থ্য সম্পর্কে তথ্য সংগ্রহ এবং স্থানান্তরের বিষয়ে সম্মত হবেন। কোনও কারণ ছাড়াই আপনি অস্ত্রোপচারের 30-দিন অবধি কোনও সময় আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারেন। এটি কোনওভাবেই আপনার গ্রহণ করা যত্নকে প্রভাবিত করবে না।

সম্মতি

আমি উপরের তথ্যগুলি পড়েছি / উপরের তথ্যগুলি আমার কাছে পড়াছিল এবং অধ্যয়নের প্রকৃতিটি বুঝতে পেরেছি। আমাকে আমার ডাক্তারের কাছে এটি সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে। আমি জানি যে আমার ডেটা সংগ্রহের সম্মতি স্বেচ্ছাকৃত এবং কোনও কারণ ছাড়াই আমি 30 দিনের মধ্যে অস্ত্রোপচার থেকে যে কোনও সময় আমার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি। আমি এই অধ্যয়নের জন্য আমার শল্যচিকিত্সার থেকে আমার ডাক্তারদের তথ্যটি ব্যবহার করার অনুমতি দিতে চাই।

রোগীর নাম-

রোগীর স্বাক্ষর / থাম্বপ্রিন্ট-

সাক্ষীর নাম-

সাক্ষীর স্বাক্ষর-

গবেষণা দলের সদস্যের নাম-

গবেষণা দলের সদস্যের স্বাক্ষর-

পিআই (PI) এর নাম

পিআই (PI) এর ঠিকানা

নীতি কমিটির ঠিকানা-