

CovidSurg सप्ताह रोगी की जानकारी और सहमति

रोगी की जानकारी

CovidSurg सप्ताह सर्जिकल उपचार के परिणामों पर कोरोनावायरस संक्रमण के प्रभाव को देखते हुए एक अंतरराष्ट्रीय अध्ययन है। कोरोनावायरस या कोविड -19 श्वसन अंगों का एक वायरल संक्रमण है जो एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति में फैलता है। यह दुनिया भर में लाखों लोगों को प्रभावित करने वाली एक वैश्विक स्वास्थ्य समस्या बन गई है और उन रोगियों के उपचार के लिए निर्णय लेने में डॉक्टरों के लिए एक बड़ी चुनौती है, जिन्हें सर्जरी की आवश्यकता होती है क्योंकि इस पर कोई पिछला डेटा नहीं है।

CovidSurg सप्ताह अध्ययन में हम आपकी सर्जरी के बारे में डेटा एकत्र करेंगे और आप सर्जरी के बाद कैसे कर रहे हैं। आपके इलाज में कोई बदलाव नहीं होगा। ऑपरेशन के समय और 30 दिनों के बाद या तो इन-पर्सन में, यदि आप अपने रूटीन फॉलो-अप या टेलीफोनिक रूप से 30 दिनों के लिए अस्पताल जा रहे हैं, तो डेटा एकत्र किया जाएगा। इसके लिए आपको अस्पताल में कोई अतिरिक्त दौरा करने की आवश्यकता नहीं होगी। हम जो जानकारी एकत्र करेंगे, वह इस बात की उपयोगी जानकारी देगा कि कोविड -19 सर्जिकल उपचार के परिणामों को कैसे प्रभावित करता है। यह भविष्य के लिए निर्णय लेने में डॉक्टरों का मार्गदर्शन करेगा। इस डेटा में किसी भी रोगी की पहचान योग्य जानकारी शामिल नहीं होगी, इसे ऑनलाइन प्लेटफॉर्म पर सुरक्षित रूप से संग्रहीत किया जाएगा और इसे केवल अनुसंधान के उद्देश्य के लिए अधिकृत कर्मियों द्वारा एक्सेस किया जाएगा। इस अध्ययन में भागीदारी आपको किसी अनावश्यक जोखिम में नहीं डालती है। यदि आप कोई और जानकारी लेना चाहते हैं तो आप अपने डॉक्टर से इसके बारे में पूछ सकते हैं।

यदि आप भाग लेने के लिए सहमत हैं, तो आप ऑपरेशन के बाद अपने ऑपरेशन और आपके स्वास्थ्य के बारे में जानकारी के संग्रह और हस्तांतरण के लिए सहमत होंगे। आप बिना कारण बताए सर्जरी के 30 दिन बाद तक किसी भी समय अपनी सहमति वापस लेने के लिए स्वतंत्र हैं। यह किसी भी तरह से आपको मिलने वाली देखभाल को प्रभावित नहीं करेगा।

सहमति

मैंने उपरोक्त जानकारी पढ़ ली है / उपरोक्त जानकारी मेरे लिए पढ़ी गई थी और अध्ययन की प्रकृति को समझा। मुझे अपने डॉक्टर से इसके बारे में सवाल पूछने का अवसर दिया गया है। मुझे पता है कि मेरे डेटा संग्रह के लिए सहमति स्वैच्छिक है और मैं बिना किसी कारण के 30 दिनों तक सर्जरी से किसी भी समय अपनी सहमति वापस ले सकता हूँ।

मैं अपने डॉक्टरों को इस अध्ययन के लिए अपनी सर्जरी से जानकारी का उपयोग करने की अनुमति देता हूँ।

रोगी का नाम-

रोगी के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान-

गवाह का नाम-

गवाह का हस्ताक्षर-

शोध दल के सदस्य का नाम-

शोध दल के सदस्य का हस्ताक्षर-

पीआई का नाम

पीआई का पता

आचार समिति का पता-