

ಕೋವಿಡ್‌ಸರ್ಗ್ ವೀಕ್ ರೋಗಿಗಳ ಮಾಹಿತಿ ಮತ್ತು ಸಮ್ಮತಿ

ರೋಗಿಯ ಮಾಹಿತಿ

ಕೋವಿಡ್‌ಸರ್ಗ್ ವೀಕ್ ಎಂಬುದು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಕೊರೋನಾವೈರಸ್ ಸೋಂಕಿನ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ನೋಡುವ ಅಂತರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಅಧ್ಯಯನವಾಗಿದೆ. ಕೊರೋನಾವೈರಸ್ ಅಥವಾ ಕೋವಿಡ್ -19 ಎಂಬುದು ಉಸಿರಾಟದ ಅಂಗಗಳ ವೈರಲ್ ಸೋಂಕಾಗಿದ್ದು, ಇದು ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಇದು ಜಾಗತಿಕ ಆರೋಗ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟಿದೆ ಮತ್ತು ವಿಶ್ವಾದ್ಯಂತ ಲಕ್ಷಾಂತರ ಜನರನ್ನು ಬಾಧಿಸುತ್ತಿದೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಅಗತ್ಯವಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ದೊಡ್ಡ ಸವಾಲನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡಿದೆ.

ಕೋವಿಡ್‌ಸರ್ಗ್ ವೀಕ್ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ನಾವು ನಿಮ್ಮ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ನೀವು ಹೇಗೆ ಇದ್ದೀರಿ ಎಂಬುದರ ಕುರಿತು ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸುತ್ತೇವೆ. ನಿಮ್ಮ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ನಿಮ್ಮ ದಿನಚರಿ ಅನುಸರಣೆಗಾಗಿ ನೀವು 30 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ನೇರವಾಗಿ ಅಥವಾ ಅಥವಾ ದೂರವಾಣಿಯಲ್ಲಿ ಭೇಟಿ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದರೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ 30 ದಿನಗಳ ನಂತರ ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ದತ್ತಾಂಶವನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಭೇಟಿ ನೀಡುವ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ. ನಿಮ್ಮಿಂದ ಸಂಗ್ರಹಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯು ಕೋವಿಡ್ -19 ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಹೇಗೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತದೆ ಎಂಬುದರ ಕುರಿತು ಉಪಯುಕ್ತ ಒಳನೋಟವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಇದು ಭವಿಷ್ಯದ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಈ ದತ್ತಾಂಶವು ಯಾವುದೇ ರೋಗಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒಳಗೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ, ಆನ್‌ಲೈನ್ ಪ್ಲಾಟ್‌ಫಾರ್ಮ್‌ನಲ್ಲಿ ಸುರಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಸಂಗ್ರಹಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಸಂಶೋಧನೆಯ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಅಧಿಕೃತ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಮಾತ್ರ ಪ್ರವೇಶಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದರಿಂದ ನೀವು ಯಾವುದೇ ಅನಗತ್ಯ ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಒಳಗಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ನೀವು ಯಾವುದೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಬಯಸಿದರೆ ನಿಮ್ಮ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಕೇಳಬಹುದು.

ನೀವು ಭಾಗವಹಿಸಲು ಒಪ್ಪಿದರೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ನಿಮ್ಮ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಸಂಗ್ರಹಣೆ ಮತ್ತು ವರ್ಗಾವಣೆಗೆ ನೀವು ಒಪ್ಪುತ್ತೀರಿ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ 30 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣವನ್ನು ನೀಡದೆ ನಿಮ್ಮ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ಹಿಂಪಡೆಯಲು ನೀವು ಸ್ವತಂತ್ರರು. ಇದು ನೀವು ಪಡೆಯುವ ಆರೈಕೆಯ ಮೇಲೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುದಿಲ್ಲ.

ಸಮ್ಮತಿ

ನಾನು ಮೇಲಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಓದಿದ್ದೇನೆ/ಮೇಲಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನನಗೆ ಓದಿ ಹೇಳಲಾಗಿದೆ ಮತ್ತು ಅಧ್ಯಯನದ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ. ನನ್ನ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಲು ನನಗೆ ಅವಕಾಶ ನೀಡಲಾಗಿದೆ. ನನ್ನ ದತ್ತಾಂಶ ಸಂಗ್ರಹಣೆಗೆ ಸಮ್ಮತಿಯು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿದೆ ಎಂದು ನನಗೆ ತಿಳಿದಿದೆ ಮತ್ತು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣವನ್ನು ನೀಡದೆ ನಾನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ನಂತರದ 30 ದಿನಗಳವರೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಸಮ್ಮತಿಯನ್ನು ಹಿಂಪಡೆಯಬಹುದು.

ನನ್ನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಪಡೆದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಈ ಅಧ್ಯಯನಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸಲು ನನ್ನ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಅವಕಾಶ ನೀಡಲು ನಾನು ಬಯಸುತ್ತೇನೆ.

ರೋಗಿಯ ಹೆಸರು-

ರೋಗಿಯ ಸಹಿ/ಹೆಬ್ಬರಳ ಗುರುತು-

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಹೆಸರು-

ಸಾಕ್ಷಿಯ ಸಹಿ-

ಸಂಶೋಧನಾ ತಂಡದ ಸದಸ್ಯರ ಹೆಸರು-

ಸಂಶೋಧನಾ ತಂಡದ ಸದಸ್ಯರ ಸಹಿ-

ಪ್ರಧಾನ ಪರಿಶೋಧಕರ ಹೆಸರು

ಪ್ರಧಾನ ಪರಿಶೋಧಕರ ವಿಳಾಸ

ನೈತಿಕ ಸಮಿತಿಯ ವಿಳಾಸ-