

کووڈسرج (CovidSurg) ہفتہ مریض سے متعلق معلومات اور رضامندی

مریض سے متعلق معلومات

کووڈسرج ویک ایک بین الاقوامی مطالعہ ہے جس میں یہ دیکھا جا رہا ہے کہ سرجیکل علاج کے نتائج پر کورونا وائرس کے انفیکشن کا کیا اثر ہوتا ہے۔ کورونا وائرس یا کووڈ-19 اعضاء تنفس کا ایک وائرل انفیکشن ہے جو ایک شخص سے دوسرے شخص کو لگتا ہے۔ یہ ایک عالمی صحتی مسئلہ بن چکا ہے جس سے دنیا بھر میں لاکھوں کروڑوں لوگ متاثر ہو چکے ہیں اور ایسے مریض جنہیں سرجری کی ضرورت ہے ان کے علاج کے لیے فیصلہ لینے میں ڈاکٹروں کے لیے ایک بڑی چنوتی پیش کر رہا ہے۔

کووڈسرج ویک ہفتہ کے دوران ہم آپ کی سرجری کے بارے میں اعداد و شمار جمع کریں گے اور یہ دیکھیں گے کہ آپ سرجری کے بعد کیسے ہیں۔ آپ کے علاج میں کوئی بدلاؤ نہیں ہوگا۔ یہ ڈاٹا آپریشن کے وقت اور آپریشن کے 30 دن بعد یا تو شخصی طور پر یا پھر جب آپ 30-روزہ فالو اپ کے لیے اسپتال آئیں گے تب یا پھر ٹیلیفون کے ذریعہ جمع کیا جائیگا۔ اس کے لیے آپ کو اسپتال میں کوئی اضافی دورہ نہیں کرنا ہوگا۔ آپ سے جمع کی جانے والی معلومات سے یہ مفید معلومات حاصل ہوگی کہ کووڈ-19 سے سرجیکل علاج پر کس طرح کا اثر پڑتا ہے۔ اس سے ڈاکٹروں کو مستقبل کے فیصلے لینے میں رہنمائی حاصل ہوگی۔ اس ڈاٹا میں مریض کی پہچان کرنے والی کوئی معلومات شامل نہیں ہوگی، اسے ایک آن لائن پلیٹ فارم پر بحفاظت اسٹور کیا جائیگا اور ریسرچ کے مقصد سے صرف ایک مجاز شخص کو ہی اس تک رسائی حاصل ہوگی۔ اس اسٹڈی میں حصہ لینے سے آپ کو کسی غیر ضروری خطرہ کا سامنا نہیں ہوگا۔ اگر آپ کو مزید کوئی جانکاری چاہئے تو آپ اس کے بارے میں آپ اپنے ڈاکٹر سے پوچھ سکتے ہیں۔

اگر آپ اس میں حصہ لینے کے لیے راضی ہوتے ہیں تو اس کا مطلب ہوگا کہ آپ آپریشن کے بعد اپنے آپریشن اور صحت سے متعلق معلومات کے جمع کیے جانے اور اسے منتقل کیے جانے کے لیے راضی ہیں۔ آپ سرجری کے بعد 30 دن تک کسی بھی وقت اپنی رضامندی واپس لینے کے لیے آزاد ہیں۔ اس سے آپ کو ملنے والی نگہداشت پر کسی بھی طرح کا کوئی اثر نہیں پڑیگا۔

رضامندی

میں نے مذکورہ بالا معلومات پڑھ لی ہے / مجھے پڑھ کر سنا دی گئی ہے اور میں نے اس مطالعہ کی نوعیت کو سمجھ لیا ہے۔ مجھے اسے کے بارے میں اپنے ڈاکٹر سے سوال پوچھنے کا موقع مل گیا ہے۔ مجھے معلوم ہے کہ میرے ڈاٹا کو جمع کیے جانے سے متعلق میری منظوری رضاکارانہ ہے اور میں کسی بھی وقت سرجری سے 30 دن کے اندر اندر کسی بھی وقت بنا کوئی وجہ بتائے اپنی منظوری واپس لے سکتا ہوں۔

میں ڈاکٹرس کو یہ اجازت دینا چاہوں گا کہ وہ اس اسٹڈی کے لیے میری سرجری سے متعلق معلومات کو استعمال کرسکتے ہیں۔

مریض کا نام۔

مریض کے دستخط / انگوٹھے کا نشان

گواہ کا نام۔

گواہ کے دستخط

ریسرچ ٹیم کے ممبر کا نام۔-----

ریسرچ ٹیم کے ممبر کے دستخط۔-----

پی آئی کا نام

پی آئی کا پتہ

اخلاقی کمیٹی کا پتہ۔