

**CovidSurg - GlobalSurg Week**

**Pacienta informācija – vecākiem / aizbildņiem**

*Globāls sadarbības pētījums ķirurģisko pacientu pēc operāciju iznākumu novērtēšanai*

**Ievads**

Saslimšanu ar COVID-19 izraisa koronavīruss, kas pirmo reizi identificēts Uhaņā, Ķīnā. COVID-19 izplatība visā pasaulē notikusi īsā laika periodā. Globālās pandēmijas laikā ir būtiski izprast COVID-19 ietekmi uz pacientiem, kuriem tiek veikta ķirurģiska ārstēšana.

**Kāds ir pētījuma mērķis?**

Iepriekš veiktos pētījumos noskaidrots, ka pacientiem, kas inficējušies ar COVID-19 infekciju un kuriem bijusi nepieciešama ķirurģiska ārstēšana, bijis lielāks risks operāciju laikā attīstīties plaušu komplikācijām, kas saistītas ar nelabvēlīgāku operācijas iznākumu. Tomēr, nav pietiekamas informācijas par COVID-19 ietekmi uz ķirurģiskiem pacientiem, kuriem COVID-19 infekcija ir izzudusi. Būtiski ir noskaidrot, vai pacientiem joprojām pastāv palielināts komplikāciju risks, kad COVID-19 simptomi ir uzlabojušies, kas nākotnē varētu labāk palīdzēt plānot pacientu ārstēšanu.

**Ko nozīmē Jūsu bērna dalība šajā pētījumā?**

Šajā pētījumā piedalās dažāda vecuma pacienti, kuriem nepieciešama ķirurģiska ārstēšana neatkarīgi no tā, vai pacientam (Jūsu bērnam) ir diagnosticēta infekcija ar COVID-19. Šajā pētījumā mēs (pētījuma veicēji) sekosim līdzi Jūsu bērna ārstēšanas procesam un datus (anonimizētus) reģistrēsim anketā. Jūsu bērna ārstēšanas gaita nemainīsies atkarībā no tā, vai piekritīsiet bērna dalībai pētījumā vai nē. Jūsu bērnam netiks veiktas papildus procedūras. Ja Jūs piekrītat sava bērna dalībai šajā petījumā, ārsts vai pētījuma veicējs Jums lūgs parakstīt dokumentu, kas apstiprina viņa dalību. Nekas cits no pētījumā iesaistītajiem pacientiem netiek lūgts.

Nepieciešamie medicīnas dati (anonimizēti) tiks ievākti no Jūsu bērna slimības vēstures. Pēc ievāktajiem datiem nebūs iespējams Jūsu bērnu identificēt.

Piedalīšanās šajā pētījumā ir brīvprātīga, un 30 dienu laikā no dokumenta parakstīšanas brīža, Jūs savu bērnu varat atteikt no dalības nepamatojot iemeslu. Jūsu bērna ārstēšana neatkarīgi no atteikšanās iemesla netiks iespaidota.

**Kādi ir pētījuma dalības riski un ieguvumi?**

Ja Jūs piekrītat sava bērna dalībai šajā pētījumā, bērns netiks pakļauts jebkādiem riskiem, jo nekas saistībā ar viņa ārstēšanas plānu netiks mainīts, kā vienīgi tiks monitorēta viņam nozīmētā ārstēšana. Neatkarīgi no tā, vai piekritīsiet sava bērna dalībai pētījumā, viņam nozīmētā ārstēšana netiks izmainīta. Informācija, kas no Jūsu bērna tiks iegūta pētījuma laikā, būs noderīga un ļaus labāk izprast COVID-19 infekcijas ietekmi uz ķirurģiskiem pacientiem, tādējādi ļaujot uzlabot ārstēšanas iespējas nākotnē neatkarīgi no tā, vai Jūsu bērns slimo ar COVID-19 infekciju vai nē.

**Kāda informācija no Jūsu bērna tiks reģistrēta?**

Tiks apkopota informācija no Jūsu bērna slimības vēstures par esošajām un izslimotajām slimībām, noskaidroti iemesli par vēršanos slimnīcā, kā arī būs nepieciešama informācija par slimnīcā veiktajām procedūrām un ārstēšanas plānu.

**Papildus informācija**

Ja Jums ir jebkādi neskaidri jautājumi, lūdzu, jautājiet tos savam ārstējošajam ārstam vai pētījuma veicējiem. Papildus informāciju Jūs varat apskatīt pētījuma mājaslapā, kuras adrese norādīta zemāk tekstā.

**Website:** https://globalsurg.org/surgweek

**Email:** [covidsurg@contacts.bham.ac.uk](mailto:covidsurg@contacts.bham.ac.uk)

**Twitter**: @CovidSurg

|  |
| --- |
|  |

**CovidSurg - GlobalSurg Week**

*Globāls sadarbības pētījums ķirurģisko pacientu pēc operāciju iznākumu novērtēšanai*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **#** | **Apgalvojums (lūgums izlasīt)** | | **Bērna vecāks/Aizbildnis**  *(iniciāļii vai īkšķa nospiedums)* |
| 1 | Esmu izlasījis / man ir izlasīta pacienta informācijas lapa (datums \_\_/\_\_/\_\_\_\_, variants \_\_\_\_) un man ir bijusi iespēja apdomāt informāciju un uzdot jautājumus. | |  |
| 2 | Es saprotu, ka mana bērna dalība šajā pētījumā ir brīvprātīga un ka es varu atteikt viņa dalību jebkurā laikā nepamatojot iemeslu. Es saprotu, ka atteikšanās neietekmēs mana bērna turpmāko medicīnisko aprūpi vai likumīgās tiesības. | |  |
| 3 | Es dodu savu atļauju pētījuma veicējiem veikt mana bērna medicīnas datu ieguvi un to apstrādi, un atļauju sazināties pētījuma laikā. | |  |
| 4 | Es piekrītu sava bērna datu apstrādei pētījuma ietvaros. Es priecājos, ka ar mana bērna saistītā informācija, kas tiks iegūta pētījuma laikā, tiks uzglabāta ar paroli aizsargātās datorsistēmās slimnīcā, kurā mans bērns pašlaik atrodas, un Birmingemas universitātē Anglijā. Lai ar mana bērna saistītā informācija būtu drošībā, tā tiks dublēta atsevišķā lokācijā. | |  |
| 5 | Es piekrītu mana bērna dalībai šajā pētījumā, būdams pilnībā informēts par riskiem, ieguvumiem un alternatīvām. | |  |
|  | | | |
| **Bērna vārds** | | **Galvenā pētnieka vārds, kurš dod piekrišanu** | |
| **Bērna vecāka/aizbildņa vārds** | | Es, apakšā parakstījies, esmu veltījis laiku, lai pētījuma dalībniekam viņam saprotamā veidā pilnībā izskaidrotu pētījuma būtību un mērķi. Esmu izskaidrojis ar pētījuma dalības saistītos riskus un ieguvumus. Esmu aicinājis dalībnieku uzdot viņam interesējošus un neskaidrus jautājumus saistībā ar pētījumu. | |
| **Radniecība** | |
| **Bērna vecāka/aizbildņa paraksts (vai īkšķa nospiedums)** | |
| **Bērna paraksts, ja iespējams (vai īkšķa nospiedums)** | |
| **Galvenā pētnieka paraksts** | |
| **Datums**  / / | | **Datums**  / / | |