

Dr. Sanjiv N. Amin, MD

Rheumatic Disease Clinic

3rd Floor Bombay Mutual Terrace, 534 Mamasahab Varerkar Bridge, Near Opera House, Mumbai 400007

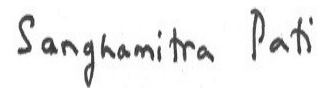
Tel. 022 23682834, 022 23671473; Email drsnamin@gmail.com

रोग संशोधक एंटी-रूमेटिक दवाओं पर मरीजों में कोविड-19 प्रतिजैविकों का सीरोप्रिवैलेंस

मरीज जानकारी

आपको उपरोक्त अनुसंधान अध्ययन में भाग लेने के लिए आमंत्रित किया जात है। आपका प्रतिभाग पूर्णतया स्वैच्छिक है। यह अध्ययन भारत भर में मेडिकल कॉलेजों और अस्पतालों में संचालित किया जा रहा है, जिसमें कलिंग इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल सायंसेस और आईसीएमआर रीजनल मेडिकल रिसर्च सेंटर (भुबनेश्वर), आईपीजीएमईआर और एसएसकेएम हॉस्पिटल (कोलकाता), वीएस हॉस्पिटल और एनएचएल मेडिकल कॉलेज (अहमदाबाद) तथा सेंट जॉन मेडिकल कॉलेज (बैंगलोर) और हमारा रूमेटिक डिजीज क्लिनिक (मुंबई) शामिल है ताकि इम्यून मीडिएटेड डिजीज से ग्रस्त मरीजों और प्रोपेंसिटी स्कोर से मिलान वाले सामान्य स्वस्थ व्यक्तियों के बीच कोविड-19 की संवेदनशीलता, तीव्रता और निदान के लिए जोखिम कारकों का आकलन किया जा सके। इस अध्ययन के साथ हमारा लक्ष्य है आपके रोग और लक्षणों, यदि हों या न हों, पर जानकारी जुटाना। कोविड-19 से ग्रसित व्यक्तियों में कोविड-19 के प्रति प्रतिजैविक निहित होते हैं और अधिकांश लोग बिना किसी लक्षण के होते हैं। कोविड-19 के प्रतिजैविकों की पहचान करने से हमें यह समझने में मदद मिलेगी कि किस तरह से भारत के कई हिस्सों में कई व्यक्ति संक्रमित हुए हैं। इस अध्ययन के लिए कोविड-19 के प्रतिजैविकों की पहचान और परिमाणन दो भिन्न कसौटियों पर किया जाएगा, एक मुंबई में मेट्रोपोलिस लेबोरेटरीज और अन्य नमूने को भुबनेश्वर में आईसीएमआर रीजनल मेडिकल सेंटर में कोड किया जाएगा। परिणामों को आपके साथ साझा किया जाएगा।

यदि आप प्रतिभाग के लिए सहमत हैं तो आपको एक बार 5 मि.ली. रक्त देना होगा। इस अध्ययन के लिए, आपको भुबनेश्वर के आईसीएमआर रीजनल मेडिकल सेंटर में प्रक्रियायित नमूने हेतु कोई अतिरिक्त खर्च वहन नहीं करना होगा। इसके अलावा, आपके रोग और औषधियों, यदि हो, की जानकारी को पिछले पृष्ठ पर दिए गए फॉर्म में दर्ज किया जाएगा। सारी जानकारी गोपनीय रखी जाएगी। इस अध्ययन में रक्त नमूना लेने का न्यूनतम जोखिम शामिल है। भुबनेश्वर के कलिंग इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल सायंसेस की संस्थागत नैतिकता समिति ने अध्ययन को मान्यता दी है। आप किसी भी समय इस अध्ययन से हटने के लिए स्वतंत्र हैं। यदि आपको पास कोई प्रश्न हों तो आप नीचे दिए गए व्यक्तियों से संपर्क कर सकते हैं। अध्ययन का हिस्सा बनने के लिए आपका धन्यवाद।



डॉ. संजीव एन. अमीन, एमडी
3री मंजिल बॉम्बे म्यूचुअल टेरेस
534 मामासाहेब वेरेकर ब्रिज
मुंबई, महाराष्ट्र, 400007

डॉ. रामनाथ मिश्रा
कलिंग इंस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल सायंसेस,
केआईआईटी युनिवर्सिटी,
भुबनेश्वर, ओडिशा, 751024

डॉ. संघमित्रा पाती
आईसीएमआर रीजनल मेडिकल
सेंटर, भुबनेश्वर,
ओडिशा, 751023

सहमति प्रपत्र

रोग संशोधक एंटी-रुमेटिक दवाओं पर मरीजों में कोविड-19 प्रतिजैविकों का सीरोप्रिवैलेंस

नंबर _____
प्रतिभागी का पूरा नाम (पिता के नाम के साथ) _____
जन्मतिथि/ आयु _____
प्रतिभागी का पता _____

पात्रता _____ व्यवसाय: विद्यार्थी/ स्व-रोजगार/ सेवा/ गृहिणी/ अन्य

नामिती का नाम और पता तथा प्रतिभागी से रिश्ता _____

1. मैं पुष्टि करता/ करती हूँ कि मैंने उपरोक्त अध्ययन के लिए दिनांक _____ के जानकारी दस्तावेज को पढ़ और समझ लिया है तथा मुझे प्रश्न पूछने का मौका मिल चुका है।

या

मुझे जाँचकर्ता द्वारा अध्ययन के स्वरूप को समझाया जा चुका है और मुझे प्रश्न पूछने का मौका मिला है।

2. मैं समझता/समझती हूँ कि अध्ययन में मेरा प्रतिभाग स्वैच्छिक है और यह कि मैं किसी भी समय, कोई भी कारण दिए बिना अपनी चिकित्सीय देखभाल या विधिक अधिकारों को प्रभावित किए बिना हटने के लिए स्वतंत्र हूँ।

3. मैं समझता / समझती हूँ कि मेरी कोई भी जानकारी तीसरे पक्षों को जारी या प्रकाशित नहीं की जाएगी।

4. मैं इस अध्ययन से उभरनेवाले किसी भी डाटा या परिणामों के उपयोग को प्रतिबंधित नहीं करने के लिए सहति हूँ बशर्ते यह उपयोग केवल वैज्ञानिक प्रयोजन के लिए हो।

5. मैं उपरोक्त अध्ययन में भाग लेने के लिए सहमत हूँ।

प्रतिभागी/ विधिक रूप से स्वीकार्य प्रतिनिधि के हस्ताक्षर (या अंगूठे का निशान): _____

हस्ताक्षरी का नाम: _____ दिनांक _____

जाँचकर्ता का हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

जाँचकर्ता का नाम _____

प्रतिभागी जानकारी दस्तावेज और सहमति प्रपत्र की हस्ताक्षरित प्रति प्राप्त

हस्ताक्षर _____

दिनांक _____

इम्यून मीडिएटेड डिजीज से ग्रस्त व्यक्ति के लिए जानकारी प्रपत्र

नाम: लिंग: पुरुष/ स्त्री जन्मतिथि:
पता: शरीर भार (किग्रा):
पिनकोड: कद (सेमी):
वैवाहिक स्थिति: साथ रहनेवाले परिवार के सदस्य:
धूम्रपान: वर्तमान/ पूर्व/ कभी नहीं गर्भवती: हाँ/नहीं/ लागू नहीं बीएमआई:
पिछले 2 महीनों में कोविड-19 का संपर्क (उन सभी पर चिन्ह लगाएँ जो लागू हों)
कोविड-19 संक्रमण के दर्ज मामलों वाले क्षेत्र में यात्रा करने का इतिहास
 कोविड-19 संक्रमण की पुष्टि वाले या संभावित व्यक्ति के साथ निकट संपर्क
 कोविड-19 देखभाल सुविधा में इनपेशेंट के रूप में दाखिला
 उपरोक्त में से कोई नहीं (सामुदायिक रूप से ग्रस्त)
 अज्ञात

सहगामी रोग: दवाएँ (जेनेरिक):
 हायपरटेंशन 1.
 डायबिटीज 2.
 ब्रॉकियल अस्थमा या इंटरस्टीशियल लंग डिजीज 3.
 थायरॉयड विकार 4.
 अन्य (उल्लेख करें) 5.

लक्षण: आरंभ दिनांक: अवधि (दिन):
 बुखार
 नाक जकडना और गले की खराश
 खाँसी
 चलने पर साँस फूलना
 छाती में दर्द
 उबकाई या उल्टी
 दस्त
 पीठ (रीढ़) का दर्द
 त्वचा पर चकत्ते पडना
 शरीर दर्द और जोड़ का दर्द
 अन्य ()

कोविड-19 संबंधी देखभाल

दवाएँ: अस्पताल दाखिला/ कोविड केयर आयसोलेशन/ होम आयसोलेशन
 हायड्रॉक्सीक्लोरोक्वीन
 लोपिनाविर/ रिटोनाविर परिपूरक ऑक्सीजन: हाँ/ नहीं
 रेम्डेसिविर
 कॉर्टिकोस्टिरॉयड्स हाय फ्लो ऑक्सीजन : हाँ/ नहीं
 टोसिलिजुमैब
 टोफासिटिनिब या बारिसिटिनिब मेकैनिकल वेंटिलेशन: हाँ/नहीं
 कन्वालेसेंट प्लाज़्मा
 वैकल्पिक दवाइयाँ (उल्लेख करें)
 अन्य (उल्लेख करें)

प्राथमिक रूमेटिक डिसीज	1.	2.	3.
शामिल प्रमुख अंग	1.	2.	3.
रोग की अवधि (महीने)			
वर्तमान रोग की स्थिति	घटाव/ सौम्य/ मध्यम	घटाव/ सौम्य/ मध्यम	घटाव/ सौम्य/ मध्यम
रोग की गतिविधि का स्कोर			

इम्यूनोमॉड्यूलेटर दवाएँ:

दवा	पिछली दवाओं के रूप में अधि. खुराक	वर्तमान खुराक	वर्तमान खुराक की अवधि (महीने)
स्टीरॉयड्स			
एचसीक्यू			
मेथोट्रेक्सेट			
मायकोफेनोलेट			
अजाथियोप्राइन			
टैक्रोलिमस			
लेफ्लुनोमाइड			
सायक्लोफॉस्फेमाइड			
सल्फेसेलजाइन			
एप्रिमिलास्ट			
टीएनएफ ब्लॉकर ()			
आईएल-6 ब्लॉकर			
रितुक्सीमैब			
टोफासिटिनिब			
बारिसिटिनिब			
अन्य ()			

अन्य दवाएँ:

वर्तमान:

खुराक

एंटी-प्लेटलेट/ एंटीकोएग्युलेंट		
एस इन्हिबिटर्स/एआरबी		
एफएलयू वैक्सिनेशन (पिछले 1 वर्ष में): हाँ/ नहीं		
कोई अन्य रोगहारी दवा: विटामिन डी/ विटामिन सी/ एचसीक्यू / होमियोपथिक/ आयुर्वेदिक/ अन्य		

कोविड -19 संक्रमण के दौरान इम्यूनोसप्रेसेंट और रोग की गतिविधि: (कृपया उपयुक्त विवरण प्रदान करें)

रोक दी गई: हाँ/ नहीं	स्टीरॉयड जारी: हाँ/ नहीं	कोई अन्य टिप्पणियाँ
एआईआरडी का उभार: हाँ/नहीं	आईएम/ डीएमएआरडीएस फिर से शुरू करने के दिनों की संख्या	

एसएआरएस कोव2 आरटीपीसीआर पॉजिटिव दिनांक:

निगेटिव दिनांक:

कोविड-19 के दौरान परीक्षण

दिनांक		
हीमोग्लोबिन		
कुल डब्ल्यूबीसी, डिफरेंशियल	, N L M E B	, N L M E B
फेरिटिन		
डी-डायमर		
फिब्रिनोजेन		
ट्रोपोनिन		
आईएल-6		
एसजीपीटी		
एलडीएच		
क्रिएटिनाइन		
एक्स चेस्ट पीए		
एचआरसीटी लंग्स		
अन्य ()		