

Συγκατάθεση για στερεοτακτική ακτινοθεραπεία πνεύμονα (SABR)

Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς:

Ημερομηνία γέννησης:

ΑΜΚΑ:

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ ή ΟΧΙ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

Θεράπων Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος:

Ειδικές απαιτήσεις:

- Περιπατητικός Καροτσάκι Ταυτόχρονη συστηματική Ναι
 Ο2 Φορείο αντικαρκινική θεραπεία: Όχι
 Άλλο _____

Πιθανές πρώιμες / βραχυπρόθεσμες παρενέργειες

Αρχίζουν κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή λίγο μετά την ολοκλήρωσή της και συνήθως υποχωρούν μέσα σε λίγους μήνες από το τέλος της ακτινοθεραπείας.

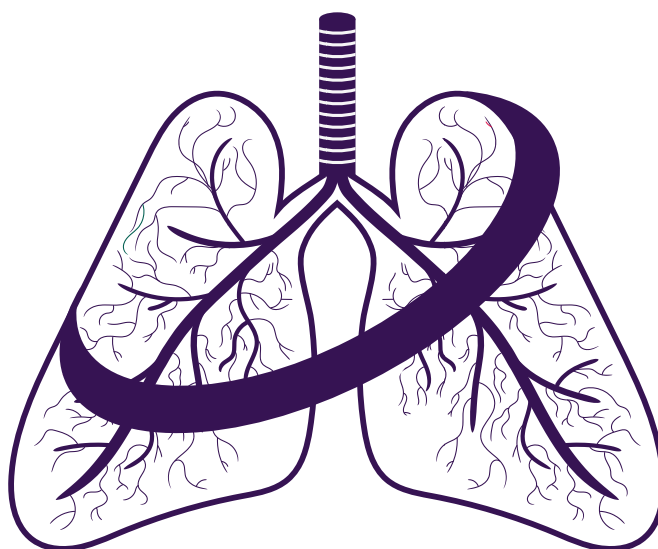
Αναμενόμενες	Κόπωση
Συχνές	Ήπια, προσωρινή δύσπνοια και βήχας Πόνος στο θωρακικό τοίχωμα ή/και στα πλευρά Ήπια ναυτία - αίσθημα αδιαθεσίας Φλεγμονή του πνεύμονα που μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στην ακτινογραφία σας
Πολύ Συχνές	Δύσπνοια ή βήχας (μέτρια έως σοβαρή) που μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή ζωή και προκαλείται από πνευμονίτιδα (προσωρινή φλεγμονή των πνευμόνων) Δερματικό άλγος, κνησμός και χρωματικές αλλαγές στην περιοχή θεραπείας - ερυθρότητα του δέρματος
Σπάνιες	Βήχας με μικρές ποσότητες αίματος Κίνδυνος για τη ζωή - πολύ σπάνια



Πιθανές όψιμες ή μακροπρόθεσμες παρενέργειες

Μπορεί να εμφανιστούν πολλούς μήνες ή χρόνια μετά την ακτινοθεραπεία και μπορεί να είναι μόνιμες.

Αναμενόμενες	Πνευμονική ίνωση - ουλές του πνεύμονα που φαίνονται σε ακτινογραφία ή υπολογιστική τομογραφία (CT), η οποία συνήθως δεν προκαλεί σημαντική αύξηση της δύσπνοιας
Πολύ Συχνές	Μακροχρόνια δύσπνοια ή βήχας που προκαλείται από ίνωση (ουλές) του πνεύμονα η οποία μπορεί να φανεί σε ακτινογραφία ή αξονική τομογραφία Ήπιος έως μέτριος πόνος στο θωρακικό τοίχωμα/πλάτη Πιο επιρρεπής σε κατάγματα πλευρών στην περιοχή ακτινοθεραπείας Κίνδυνος πρόκλησης βλάβης στα νεύρα των χεριών/βραχιόνων που μπορεί να προκαλέσει πόνο, μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα Κίνδυνος βλάβης στην καρδιά - ο κίνδυνος εξαρτάται από τη θέση του όγκου
Σπάνιες	Στένωση των αεραγωγών ή κίνδυνος αιμορραγίας από τους αεραγωγούς Διαφορετικός καρκίνος στην περιοχή θεραπείας Κίνδυνος για τη ζωή - πολύ σπάνια
Ειδικοί κίνδυνοι για σας από την θεραπεία σας	
	Επιβεβαιώνω ότι έχω αναφέρει τις ανωτέρω παρενέργειες στον ασθενή.
Όνομα Ιατρού:	Υπογραφή: <input type="text"/>



➤ Δήλωση του ασθενούς

➤ Μου εξηγήθηκαν οι στόχοι και οι πιθανές παρενέργειες της θεραπείας και συμφωνώ με την πορεία της θεραπείας που περιγράφεται στο παρόν έντυπο

➤ Έχω ενημερωθεί για τις πρόσθετες διαδικασίες που είναι αναγκαίες πριν από τη θεραπεία ή μπορεί να καταστούν αναγκαίες κατά τη διάρκεια της θεραπείας μου. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει μόνιμα δερματικά σημάδια και φωτογραφίες για να βοηθηθεί ο σχεδιασμός και η αναγνώριση της θεραπείας.

➤ Συμφωνώ ότι οι πληροφορίες που συλλέγονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας μου, συμπεριλαμβανομένων των εικόνων και των αρχείων υγείας μου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για εκπαίδευση, έλεγχο και έρευνα. Όλες οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες. Γνωρίζω ότι μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή.

• Σημειώστε εάν ισχύει

- Επιβεβαιώνω ότι δεν υπάρχει κίνδυνος να μείνω έγκυος.
- Κατανοώ ότι δεν πρέπει να μείνω έγκυος κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Σημείωση: εάν υπάρχει οποιαδήποτε πιθανότητα να είστε έγκυος, πρέπει να ενημερώσετε τον νοσοκομειακό γιατρό/επαγγελματία υγείας πριν από τη θεραπεία σας, καθώς αυτό μπορεί να προκαλέσει σημαντική βλάβη στο αγέννητο έμβρυο. Η τεστοστερόνη και άλλες ορμονικές θεραπείες δεν αποτελούν αντισύλληψη.

- Κατανοώ ότι δεν πρέπει να συλλάβω παιδί ή να δωρίσω σπέρμα ή ωάρια κατά τη διάρκεια της θεραπείας μου και θα συζητήσω με τον ογκολόγο μου πότε θα είναι ασφαλές για μένα να συλλάβω παιδί μετά την ακτινοθεραπεία.
- Αντιλαμβάνομαι ότι εάν συνεχίσω να καπνίζω, αυτό θα μπορούσε να έχει σημαντικό αντίκτυπο στις παρενέργειες που εμφανίζω και στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας μου.

- Δεν έχω βηματοδότη ή/και εμφυτεύσιμο καρδιομετατροπέα απινιδωτή (ICD).
- ή
- Έχω βηματοδότη ή/και εμφυτεύσιμο καρδιομετατροπέα απινιδωτή (ICD) και μου έχουν εξηγηθεί οι κίνδυνοι που συνδέονται με αυτό.

Επιβεβαίωση της συγκατάθεσης του ασθενούς (Υπογράφεται πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας)

Επιβεβαιώνω ότι δεν έχω άλλες ερωτήσεις και επιθυμώ να προχωρήσω στη θεραπεία.

Υπογραφή:

Όνομα ασθενούς:

Ημερομηνία:



Δήλωση του:

- Διερμηνέα
- Συνοδού (κατά περίπτωση)

Μετέφερα τις πληροφορίες που περιέχονται στο παρόν έντυπο στον ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και με τρόπο που πιστεύω ότι μπορεί να κατανοήσει.

ή

Επιβεβαιώνω ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να υπογράψει, αλλά έχει δηλώσει τη συγκατάθεσή του

Υπογραφή:

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

