

Συγκατάθεση στερεοτακτικής ακτινοθεραπείας για καρκίνο του παγκρέατος ή ήπατος (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής)

Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς:

Ημερομηνία γέννησης:

ΑΜΚΑ:

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ ή ΟΧΙ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

Θεράπων Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος:

Ειδικές απαιτήσεις:

Περιπατητικός

Καροτσάκι

Ο2

Φορείο

Άλλο _____

Ταυτόχρονη συστηματική
αντικαρκινική θεραπεία:

Ναι

Όχι

Λεπτομέρειες ακτινοθεραπείας:

Τύπος ακτινοθεραπείας:

SBRT

Περιοχή:

Πάγκρεατος

Ήπατος

Μεσεντέριοι λεμφαδένες

Άλλο _____

Σκοπός θεραπείας:

Ριζική

Μετεγχειρητική

Τοπικός έλεγχος / παρηγορητική

Ολιγομεταστατική νόσος

Πρόσθετες διαδικασίες
(εφόσον απαιτούνται)

Χρήση ακτινοσκιερών κόκκων

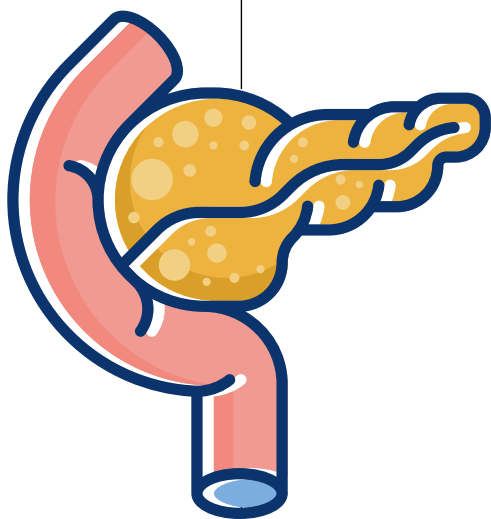
DIBH-ABC

Γαστρογραφίνη

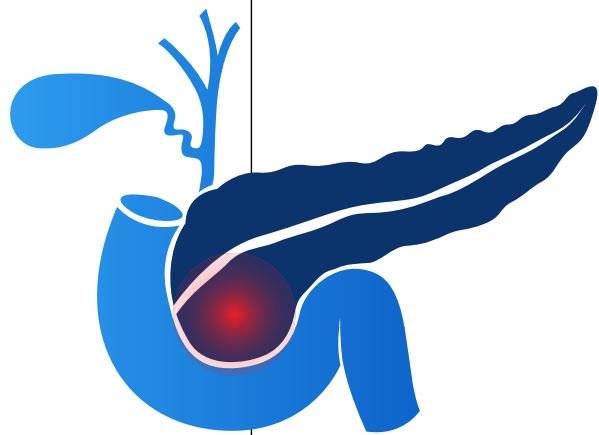
Άλλο _____

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 Ναυτία Κοιλιακή δυσφορία ή φούσκωμα
Συχνές	Διάρροια Έμετος Δυσπεψία ή καούρα Απώλεια όρεξης Απώλεια βάρους Κοιλιακός πόνος ή κράμπες
Σπάνιες	Έλκη στο στομάχι ή στο έντερο Αιμορραγία από το στομάχι ή το έντερο Ευαισθησία, κνησμός και αλλαγές στο χρώμα του δέρματος Απώλεια τριχών στην περιοχή της θεραπείας
Πολύ σπάνιες	Διάτρηση του εντέρου Διάτρηση του δωδεκαδακτύλου Διάτρηση του στομάχου
Ειδικοί κίνδυνοι για σας από την θεραπεία σας	



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

Αναμενόμενες	
Συχνές	<p>Εμφάνιση διαβήτη ή επιδείνωση Δυσαπορρόφηση Δυσπεψία</p>
Σπάνιες	<p>Στένωση ή απόφραξη του στομάχου ή του εντέρου Αιμορραγία από το στομάχι ή το έντερο Στένωση ή απόφραξη του εντέρου Διάτρηση του εντέρου Μειωμένη λειτουργία του σπλήνα, οδηγώντας σε αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης Αλλαγές στο χρώμα του δέρματος στην περιοχή της θεραπείας Τηλαγγειεκτασία στην περιοχή της θεραπείας</p>
Πολύ Σπάνιες	<p>Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης διαφορετικού καρκίνου στην περιοχή θεραπείας Μακροχρόνια μείωση της νεφρικής λειτουργίας</p>
Ειδικοί κίνδυνοι για σας από την θεραπεία σας	
	
	<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω αναφέρει τις ανωτέρω παρενέργειες στον ασθενή.</p>
Όνομα Ιατρού:	Υπογραφή: <input data-bbox="1326 1839 1482 1921" 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.
- ↳ Συναινώ στη λήψη φωτογραφίας μου στο πλαίσιο ταυτοπροσωπίας.
- ↳ Συναινώ και έχω ενημερωθεί για τη τοποθέτηση ουροκαθετήρα για τον σχεδιασμό και τη χορήγηση της θεραπείας μου.
- ↳ Επιτρέπω στον θεράποντα ιατρό μου να τροποποιήσει τη θεραπεία μου αναλόγως των συνθηκών και της κλινικής μου κατάστασης προς όφελος της αποτελεσματικότητας της θεραπείας μου.



• Σημειώστε εάν ισχύει

- Επιβεβαιώνω ότι δεν υπάρχει κίνδυνος να μείνω έγκυος.
- Κατανώ 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.



- Κατανώ 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 τότε 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.



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: