

# Συγκατάθεση ακτινοθεραπείας

## Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς:

---

Ημερομηνία γέννησης:

---

ΑΜΚΑ:

---

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ  ή ΟΧΙ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

---

Θεράπων Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος:

---

## Ειδικές απαιτήσεις:

Περιπατητικός

Ο2

Καροτσάκι

Φορείο

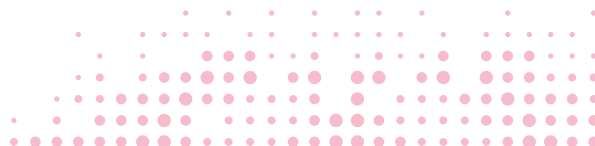
Άλλο \_\_\_\_\_

Ταυτόχρονη συστηματική αντικαρκινική θεραπεία:

Ναι

Όχι

---



---

---

## 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	
Συχνές	
Σπάνιες	
Πολύ Σπάνιες	
Ειδικοί κίνδυνοι για εσάς από την θεραπεία σας	



## Πιθανές όψιμες ή μακροπρόθεσμες παρενέργειες

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

Αναμενόμενες	
Συχνές	
Σπάνιες	
Πολύ Σπάνιες	
Ειδικοί κίνδυνοι για εσάς από την θεραπεία σας	

## ➤ Δήλωση Ιατρού

Έχω συζητήσει τι είναι πιθανό να περιλαμβάνει η θεραπεία, τους επιδιωκόμενους στόχους και τις παρενέργειες αυτής της θεραπείας.

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

---

---

Όνομα:

Τίτλος:

---

---

---

## 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.
- Κατανώω 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.

- Κατανώω 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.

- 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:

➤ Να παραμείνει στα αρχεία του ασθενούς

Δήλωση του:

Διερμηνεία

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: