

# Συγκατάθεση ακτινοθεραπείας για βραχυθεραπεία γυναικολογικού καρκίνου.

Εντόπιση:

- ☒ τράχηλος μήτρας
- ☒ σώμα μήτρας
- ☒ κολπικός θόλος
- ☒ κόλπος
- ☒ αιδοίο



## ☒ Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς:

---

Ημερομηνία γέννησης:

---

ΑΜΚΑ:

---

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ  ή ΟΧΙ   
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

---

Θεράπων Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος:

---

## ☒ Ειδικές απαιτήσεις:

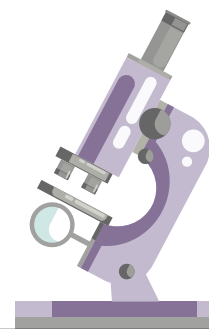
- Περιπατητικός
- Ο2
- Καροτσάκι
- Φορείο
- Άλλο 

---

Ταυτόχρονη συστηματική αντικαρκινική θεραπεία:

- Ναι
- Όχι

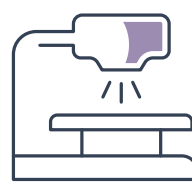
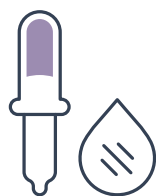
---



## 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	Κόπωση Ήπιος πυελικός πόνος Συχνουρία και επείγουσα ανάγκη για ούρηση Συχνές κενώσεις και επείγουσα ανάγκη για αφόδευση Κολπικός κνησμός, εκκρίσεις ή ελαφρά αιμορραγία Δυσφορία από παρατεταμένη κατάκλιση
Συχνές	Κυστίτιδα/πόνος κατά την ούρηση Ακράτεια ούρων Ορθοκολπικός πόνος
Πολύ Συχνές	Πιο μαλακά κόπρανα σε σχέση με το φυσιολογικό Πόνος στο δέρμα, κνησμός, φουσκάλες και χρωματικές αλλαγές - ερυθρότητα δέρματος Διάτρηση της μήτρας/του κόλπου - που προκαλείται από τα εργαλεία κατά τη διάρκεια της διαδικασίας Αιμορραγία από την ουροδόχο κύστη ή το έντερό σας Μέτριος πυελικός πόνος
Σπάνιες	Βαριά αιμορραγία - η οποία μπορεί να χρειαστεί περαιτέρω θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση Λοίμωξη Κίνδυνος ανάπτυξης συμπτωματικού θρόμβου αίματος Διάτρηση του εντέρου/της ουροδόχου κύστης - που προκαλείται από εργαλεία κατά τη διάρκεια της επέμβασης Κίνδυνος ανάπτυξης πληγής από πίεση
Ειδικό κίνδυνο 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.

<b>Αναμενόμενες</b>	<p>Αυτό είναι σημαντικό.</p> <p>Εάν η μήτρα ή/και οι ωθήκες βρίσκονται στο πεδίο θεραπείας, παρακαλούμε ενημερώστε μας για τα σχέδιά σας για την απόκτηση παιδιών και μπορούμε να σας συμβουλευόμαστε ανάλογα.</p> <p><b>Πρώρη εμμηνόπαυση</b> - τα συμπτώματα αυτής μπορεί να αρχίσουν κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά την ακτινοθεραπεία</p> <p><b>Υπογονιμότητα</b> - δεν θα μπορέσετε να κυοφορήσετε στη μήτρα μετά την ακτινοθεραπεία, αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιείτε αντισύλληψη όταν κάνετε σεξ κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας</p> <p><b>Κολπική στένωση, βράχυνση ή ξηρότητα</b> - αυτό μπορεί να επηρεάσει την κολπική επαφή και την άνεση και την ποιότητα της κολπικής εξέτασης. Μπορεί να σας συμβουλευόσουν να χρησιμοποιήσετε κολπικούς διαστολείς μετά τη θεραπεία, οι οποίοι μπορεί να μειώσουν αυτόν τον κίνδυνο</p>
<b>Συχνές</b>	<p>Συχνουρία και επείγουσα ανάγκη ανάγκη για ούρηση</p> <p>Ακράτεια ούρων</p> <p>Συχνές κενώσεις και επείγουσα ανάγκη για αφόδευση</p> <p>Πιο μαλακά κόπρανα σε σύγκριση με το φυσιολογικό</p>
<b>Πολύ Συχνές</b>	<p>Κυστίτιδα/πόνος κατά την ούρηση</p> <p>Πόνος/ενοχλήσεις στο ορθό - που μπορεί να επιδεινωθούν κατά την αφόδευση</p> <p>Αιμορραγία από την ουροδόχο κύστη, το έντερο ή τον κόλπο σας</p> <p>Βλάβη του εντέρου/της ουροδόχου κύστης που μπορεί να απαιτήσει χειρουργική επέμβαση - λόγω στένωσης, συριγγίου και μπορεί να απαιτηθεί η δημιουργία στομίας.</p>
<b>Σπάνιες</b>	<p>Διαφορετικός καρκίνος στην περιοχή θεραπείας</p>
<b>Ειδικοί κίνδυνοι για σας από την θεραπεία σας</b>	
	
	<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω αναφέρει τις ανωτέρω παρενέργειες στον ασθενή.</p>
<b>Όνομα Ιατρού:</b>	<b>Υπογραφή:</b> <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.
- Κατανούω 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.

- Κατανούω 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.

### Χρήση γενικής/σπονδυλικής αναισθησίας και καταστολής

Καταλαβαίνω ότι θα έχω την ευκαιρία να συζητήσω τις λεπτομέρειες της αναισθησίας με έναν αναισθησιολόγο πριν από τη διαδικασία, εκτός εάν ο επείγων χαρακτήρας της κατάστασής μου το εμποδίζει.

Αντιλαμβάνομαι ότι οποιαδήποτε διαδικασία πέραν αυτών που περιγράφονται στο παρόν έντυπο θα πραγματοποιηθεί μόνο εάν είναι απαραίτητη για να σωθεί η ζωή μου ή για να αποτραπεί σοβαρή βλάβη στην υγεία μου.

Έχω ενημερωθεί για τις πρόσθετες διαδικασίες που ενδέχεται να καταστούν αναγκαίες κατά τη διάρκεια 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:

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:

➤ Να παραμείνει στα αρχεία του ασθενούς