

Συγκατάθεση ακτινοθεραπείας για καρκίνο του μαστού

Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς:

Ημερομηνία γέννησης:

ΑΜΚΑ:

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ ή ΟΧΙ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

Θεράπων Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος:

Ειδικές απαιτήσεις:

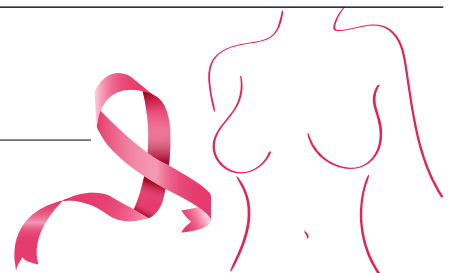
- Περιπατητικός Καροτσάκι
 Ο2 Φορείο
 Άλλο _____

Ταυτόχρονη συστηματική
αντικαρκινική θεραπεία: Ναι
 Όχι

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 Προσωρινή τριχόπτωση στην περιοχή θεραπείας
Συχνές	Πόνος στο δέρμα, κνησμός, φουσκάλες και χρωματικές αλλαγές στην περιοχή θεραπείας - ερυθρότητα δέρματος.
Σπάνιες	Δυσφορία στο στήθος/στο θωρακικό τοίχωμα/στη μασχάλη Πρήξιμο του στήθους Αλλαγή της υφής του μαστού
Πολύ Σπάνιες	Πονόλαιμος Φουσκάλες στο δέρμα Φλεγμονή των πνευμόνων (πνευμονίτιδα) - η οποία μπορεί να οδηγήσει σε βήχα / δύσπνοια
Ειδικοί κίνδυνοι για εσάς από την θεραπεία σας	



Πιθανές όψεις ή μακροπρόθεσμες παρενέργειες

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

Αναμενόμενες	Θηλασμός - μετά την ακτινοθεραπεία (ή/και τη χειρουργική επέμβαση) του μαστού, μπορεί να μην παράγεται γάλα στο συγκεκριμένο μαστό, αλλά ο άλλος μαστός δεν θα επηρεαστεί
Συχνές	Αλλαγή του χρώματος του δέρματος στην περιοχή της θεραπείας, όπως: - Πιο ανοιχτόχρωμο ή πιο σκουρόχρωμο δέρμα Ήπιες αλλαγές στην εμφάνιση του μαστού, όπως: - Αλλαγή του μεγέθους, του σχήματος και της υφής του μαστού Δυσφορία στο στήθος/στο θωρακικό τοίχωμα/στη μασχάλη, συμπεριλαμβανομένης της: Επιδεινωμένο αισθητικό αποτέλεσμα μετά από χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης - το οποίο μπορεί να απαιτεί το εμφύτευμα να αντικατασταθεί
Σπάνιες	Σημαντική αλλαγή στην εμφάνιση του μαστού, όπως: - Αλλαγή του μεγέθους, του σχήματος και της υφής των μαστών Οίδημα του στήθους/του τοιχώματος του θώρακα Δυσκαμψία των ώμων Πρήξιμο (λεμφοίδημα) του βραχίονα - συκέντρωση υγρού στο βραχίονα που μπορεί να προκαλέσει πρήξιμο, πόνο ή/και δυσκολία στην κίνηση
Πολύ Σπάνιες	Δερματικές αλλαγές (τελαγγειεκτασίες) στην περιοχή θεραπείας - μικρά ορατά αιμοφόρα αγγεία που μοιάζουν με αραχνούφαντα σημάδια Κάταγμα πλευρών Ίνωση (ουλές) του υποκείμενου πνεύμονα - η οποία μπορεί να προκαλέσει δύσπνοια, βήχα ή αλλαγές στην Ακτινογραφία Χ Αυξημένος κίνδυνος καρδιακής νόσου στη μετέπειτα ζωή Νευροπάθεια του βραχιονίου πλέγματος - βλάβη των νευρών που μπορεί να προκαλέσει πόνο, μούδιασμα ή μυρμηγκιασμα που επηρεάζει το χέρι και τον ώμο Διαφορετικός καρκίνος στην περιοχή θεραπείας
Ειδικό κίνδυνο για σας από την θεραπεία σας	



Επιβεβαιώνω ότι έχω αναφέρει τις ανωτέρω παρενέργειες στον ασθενή.

Όνομα Ιατρού:

Υπογραφή:

➤ 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:

➤ Να παραμείνει στα αρχεία του ασθενούς



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:

