

# Συγκατάθεση ακτινοθεραπείας για καρκίνο του πρωκτού

## Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς:

Ημερομηνία γέννησης:

ΑΜΚΑ:

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ  ή ΟΧΙ   
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

Θεράπων Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος:

## Ειδικές απαιτήσεις:

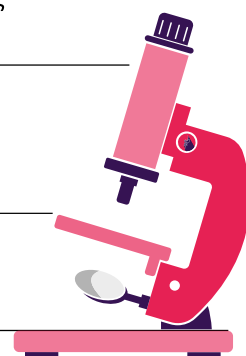
- Περιπατητικός  Καροτσάκι  
 Ο2  Φορείο  
 Άλλο \_\_\_\_\_

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.

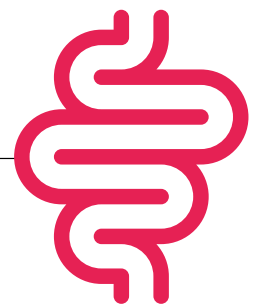
<b>Αναμενόμενες</b>	Κόπωση Πόνος στο δέρμα, κνησμός, φουσκάλες και χρωματικές αλλαγές - ερυθρότητα δέρματος Απώλεια μαλλιών στην περιοχή θεραπείας Συχνές κενώσεις και επείγουσα ανάγκη (ξαφνική παρόρμηση για κένωση). Πιο μαλακά κόπρανα με περισσότερη βλέννα ή αέρα σε σύγκριση με το φυσιολογικό Πόνος γύρω από τον πρωκτό
<b>Συχνές</b>	Ήπια ακράτεια του εντέρου Ούρηση συχνότερα από το κανονικό και επείγουσα ανάγκη για ούρηση Κυστίτιδα/πόνος κατά την ούρηση - λόγω φλεγμονής της ουροδόχου κύστης Ναυτία ή/και εμετός Τα σεξουαλικά όργανα μπορεί να πρηστούν ή/και να γίνουν επώδυνα - γεγονός που μπορεί να κάνει τη σεξουαλική δραστηριότητα πιο δύσκολη Διαταραχές του αίματος (αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία) συνήθως όταν η Ακτινοθεραπεία συγχորηγείται με Χημειοθεραπεία.
<b>Σπάνιες</b>	Μέτρια ακράτεια του εντέρου Αιμορραγία από το έντερο σας
<b>Ειδικοί κίνδυνοι για εσάς από την θεραπεία σας</b>	



## Πιθανές όψιμες ή μακροπρόθεσμες παρενέργειες

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

<b>Αναμενόμενες</b>	<p>Πάχυνση ή αποχρωματισμός του δέρματος</p> <p>Συχνές κενώσεις και επείγουσα ανάγκη για κένωση</p> <p>Πρόωρη εμμηνόπαυση</p> <p>Υπογονιμότητα - αδυναμία παραγωγής ενός βιώσιμου ωαρίου και/ή αδυναμία της μήτρας να κυοφορήσει ένα έμβρυο.</p>
<b>Συχνές</b>	<p>Ήπια/μέτρια ακράτεια του εντέρου</p> <p>Πόνος γύρω από τον πρωκτό</p> <p>Βλέννα, εκκρίσεις ή αέρια από τον πρωκτό</p> <p>Αιμορραγία από το έντερό σας</p> <p>Συχνουρία</p> <p>Κολπική στένωση, ξηρότητα - αυτό μπορεί να επηρεάσει τη σεξουαλική επαφή. Μπορεί να σας συμβουλευθούν να χρησιμοποιήσετε κολπικούς διαστολείς μετά από την θεραπεία που μπορεί να μειώσει αυτόν τον κίνδυνο</p> <p>Υπογονιμότητα - αδυναμία παραγωγής βιώσιμου σπέρματος</p> <p>Διαταραχές στην εκσπερμάτιση - μειωμένη ποσότητα</p> <p>Αδυναμία επίτευξης σύσης</p>
<b>Σπάνιες</b>	<p>Εξέλκωση του δέρματος</p> <p>Σοβαρή ακράτεια του εντέρου</p> <p>Δυσκοιλιότητα</p> <p>Πρωκτική εξέλκωση (επώδυνη πρωκτική σχισμή) ή πρωκτική στένωση (στένωση του πρωκτικού σωλήνα) που μπορεί να προκαλέσει πόνο κατά την κένωση. Μπορεί να σας συμβουλευθούν να χρησιμοποιήσετε πρωκτικούς διαστολείς για τη διάταση του πρωκτικού σωλήνα.</p> <p>Ακράτεια ούρων</p> <p>Συχνή ούρηση και επείγουσα ανάγκη για ούρηση</p> <p>Κυστίτιδα/πόνος κατά την ούρηση - λόγω φλεγμονής της ουροδόχου κύστης</p> <p>Βλάβη του εντέρου/της ουροδόχου κύστης που μπορεί να απαιτεί χειρουργική επέμβαση - λόγω διάτρησης (τρύπα) ή συριγγίου (ανώμαλη σύνδεση μεταξύ δύο τμημάτων του σώματός σας)</p> <p>Αραίωση των οστών της λεκάνης/του ισχίου ή/και κατάγματα</p> <p>Λεμφοίδημα - συσσώρευση υγρών στα πόδια σας</p>
<b>Πολύ Σπάνιες</b>	<p>Διαφορετικός καρκίνος στην περιοχή θεραπείας</p> <p>Νευρική βλάβη που προκαλείται από ακτινοβολία στην περιοχή της μέσης</p>
<b>Ειδικοί κίνδυνοι για σας από την θεραπεία σας</b>	
	<p><b>Επιβεβαιώνω ότι έχω αναφέρει τις ανωτέρω παρενέργειες στον ασθενή.</b></p>
	<p><b>Όνομα Ιατρού:</b> <input type="text"/></p> <p><b>Υπογραφή:</b> <input type="text"/></p>



## ➤ 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 έμβryo. 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.

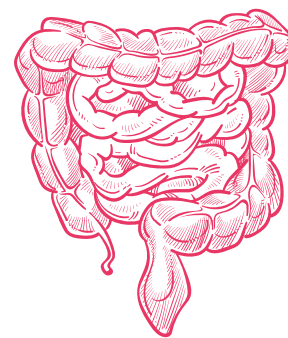
### Επιβεβαίωση της συγκατάθεσης του ασθενούς (Υπογράφεται πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας)

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:

