

# Συγκατάθεση ακτινοθεραπείας για καρκίνο του προστάτη

## 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 Συχνουρία (ούρηση συχνότερα από το κανονικό), επείγουσα ανάγκη για ούρηση και βραδύτερη ροή σε σχέση με το φυσιολογικό
<b>Συχνές</b>	Απώλεια τριχών στην περιοχή της θεραπείας Συχνές κενώσεις και επείγουσα ανάγκη για κένωση Πιο μαλακά κόπρανα με περισσότερη βλέννα ή αέρα σε σύγκριση με το φυσιολογικό
<b>Σπάνιες</b>	Ερεθισμός του δέρματος και αλλαγές στο χρώμα στην περιοχή θεραπείας - <b>ερυθρότητα δέρματος</b> Κυστίτιδα/πόνος κατά την ούρηση - <b>λόγω φλεγμονής της ουροδόχου κύστης</b> Ορθοκολπικός πόνος/ενοχλήσεις - <b>λόγω φλεγμονής του ορθού</b> Αίσθημα ότι δεν αδειάζετε πλήρως το έντερό σας Αιμορραγία από την ουροδόχο κύστη ή το έντερό σας - <b>συνήθως ήπια</b>
<b>Πολύ Σπάνιες</b>	Κατακράτηση ούρων - <b>δεν μπορείτε να αποβάλλετε τα ούρα σας, με αποτέλεσμα να χρειάζεστε ουροκαθετήρα</b> Ακράτεια ούρων
<b>Ειδικοί κίνδυνοι για εσάς από την θεραπεία σας</b>	

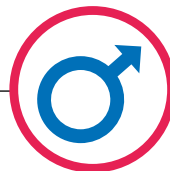
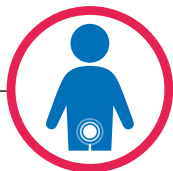


## Πιθανές όψιμες ή μακροπρόθεσμες παρενέργειες

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

<b>Αναμενόμενες</b>	Υπογονιμότητα - Η ακτινοθεραπεία θα επηρεάσει τη γονιμότητά σας. Παρακαλούμε ενημερώστε μας για τα σχέδιά σας για την απόκτηση παιδιών και μπορούμε να σας συμβουλέψουμε ανάλογα.
<b>Συχνές</b>	Συχνουρία κατά τη διάρκεια της ημέρας/νύχτας και επείγουσα ανάγκη για ούρηση Επείγουσα ανάγκη για κένωση Πιο μαλακά κόπρανα - με περισσότερη βλέννα ή αέρα σε σύγκριση με το φυσιολογικό Αλλαγές στην εκσπερμάτιση - όπως μειωμένη ποσότητα, αλλαγμένη σύσταση ή με αίμα Απώλεια οργασμού Αλλαγή του μήκους/εμφάνισης του πέους Αδυναμία επίτευξης στύσης
<b>Σπάνιες</b>	Κυστίτιδα/πόνος κατά την ούρηση - λόγω φλεγμονής της ουροδόχου κύστης Ατελής κένωση της ουροδόχου κύστης ή μειωμένη χωρητικότητα της ουροδόχου κύστης Στένωση του ουροποιητικού συστήματος που μπορεί να απαιτεί χειρουργική επέμβαση Συχνές κενώσεις Φλεγμονή του εντέρου σας που μπορεί να προκαλέσει πόνο κατά τη κένωση Αιμορραγία από την ουροδόχο κύστη ή το έντερό σας Διαλείπουσα κοιλιακή δυσφορία
<b>Πολύ Σπάνιες</b>	Ακράτεια ούρων Αραίωση των οστών της λεκάνης/του ισχίου και/ή κατάγματα Βλάβη στο έντερο/στην ουροδόχο κύστη που μπορεί να απαιτήσει χειρουργική επέμβαση - λόγω διάτρησης, συρίγγιο, απόφραξη του εντέρου ή σοβαρή αιμορραγία Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης διαφορετικού καρκίνου στην περιοχή θεραπείας Σε περίπτωση Ακτινοβόλησης των λεμφαδένων της πυέλου σας: Λεμφοίδημα - συσσώρευση υγρού στα πόδια σας και ενδεχομένως στο όσχεο Δυσανορρόφηση - προβλήματα με την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών Νευροπάθεια - βλάβη στα νεύρα που μπορεί να προκαλέσει πόνο, μούδιασμα ή αδυναμία στα πόδια σας

Ειδικοί κίνδυνοι 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.

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

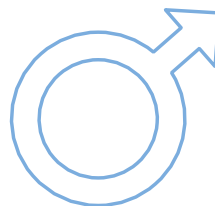
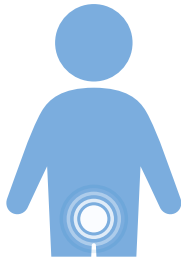
(Υπογράφεται πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας)

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:

