

# Έντυπο συγκατάθεσης ακτινοθεραπείας για νεοπλάσματα του δέρματος και των μαλακών μορίων

↳ περιοχή

## ↳ Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς:

---

Ημερομηνία γέννησης:

---

ΑΜΚΑ:

---

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ  ή ΟΧΙ   
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

---

Θεράπων Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος:

---

## ↳ Ειδικές απαιτήσεις:

Περιπατητικός

Ο2

Καροτσάκι

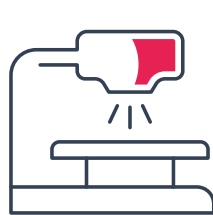
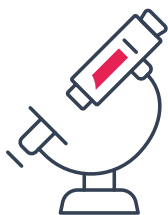
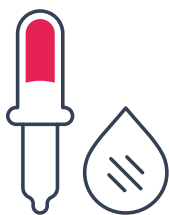
Φορείο

Άλλο \_\_\_\_\_

Ταυτόχρονη συστηματική αντικαρκινική θεραπεία:


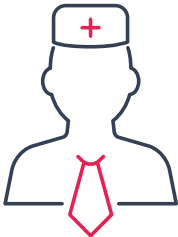


Ναι

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.

<b>Αναμενόμενες</b>	<p>Κόπωση</p> <p>Ερεθισμός του δέρματος, κνησμός, απολέπιση, ξηρότητα, αλλαγές στο χρώμα του δέρματος στην περιοχή θεραπείας</p> <p>Το δέρμα μπορεί να ξεφλουδίσει αρκετές φορές</p> <p>Αραίωση ή απώλεια τριχών στην περιοχή ακτινοθεραπείας</p>
<b>Συχνές</b>	<p>Λοίμωξη στην περιοχή θεραπείας που απαιτεί αντιβιοτικά</p> <p><b>Μύτη</b> Πόνος, ξηρότητα, κρούστα ή αιμορραγία</p> <p><b>Χείλη και μάγουλα</b> Πρήξιμο ή πόνος</p> <p><b>Βλεφαρίδες</b> Πόνος</p> <p>Επιπτώσεις στην κινητικότητα και τη λειτουργία</p> <p><b>Άλλο</b></p> <hr/>
<b>Ειδικοί κίνδυνοι για σας από την θεραπεία σας</b>	   

## Πιθανές όψεις ή μακροπρόθεσμες παρενέργειες

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

<b>Αναμενόμενες</b>	<p>Μόνιμες αλλαγές στην υφή του δέρματος στην περιοχή θεραπείας - παχύτερο ή λεπτότερο δέρμα</p> <p>Αλλαγή του χρώματος του δέρματος στην περιοχή θεραπείας - συνήθως πιο ανοιχτό ή πιο σκούρο για κάθε τόνο δέρματος</p> <p>Μόνιμη τριχόπτωση στην περιοχή θεραπείας και γύρω από αυτήν - εάν οι τρίχες αρχίσουν να ξαναφυτρώνουν, θα μπορεί να είναι τμηματικά ή να αλλάζει η υφή τους</p>
<b>Συχνές</b>	<p>Τηλαγγειεκτασία στην περιοχή θεραπείας - μικρά ορατά αιμοφόρα αγγεία που μοιάζουν με αραχνούφαντα σημάδια</p> <p>Αυξημένη ευαισθησία του θεραπευμένου δέρματος στον ήλιο και στις αλλαγές της θερμοκρασίας</p> <p>Ανυδρωσία στην περιοχή θεραπείας - απώλεια της λειτουργίας των ιδρωτοποιών αδένων με αποτέλεσμα τη μείωση ή τη διακοπή της παραγωγής ιδρώτα</p>
<b>Σπάνιες</b>	<p>Χρόνιο έλκος που δεν επουλώνεται - αυτό μπορεί να απαιτεί περαιτέρω θεραπεία, όπως επιθέματα ή χειρουργική επέμβαση</p>
<b>Πολύ Σπάνιες</b>	<p>Μόνιμη βλάβη του χόνδρου ή του οστού στην περιοχή θεραπείας</p> <p>Καρκίνος στην περιοχή θεραπείας - ο οποίος μπορεί να εμφανιστεί πολλά χρόνια μετά τη θεραπεία</p>
	<p><b>Μύτη</b> Καταρροή ή ξηρότητα της μύτης</p> <p><b>Μάτια</b> Ξηροί οφθαλμοί ή υγρά μάτια που μπορεί να απαιτούν περαιτέρω θεραπεία</p> <p>Εκτρόπιο - το βλέφαρο στρέφεται προς τα έξω / πέφτει</p> <p>Καταρράκτης - θόλωση στο φακό του ματιού, η οποία μπορεί να απαιτεί χειρουργική επέμβαση για τη διόρθωση</p> <p><b>Στόμα</b> Ξηροστομία που προκαλείται από τη μείωση της παραγωγής σάλιου από τους σιελογόνους αδένες</p> <p><b>Άλλο</b> _____</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> _____ <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 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 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:

- 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:

Ονοματεπώνυμο:

Ημερομηνία: