

Συγκατάθεση ακτινοθεραπείας για καρκίνο της ουροδόχου κύστης

Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς:

Ημερομηνία γέννησης:

ΑΜΚΑ:

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ ή ΟΧΙ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

Θεράπων Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος:

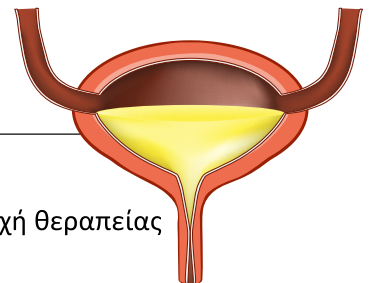
Ειδικές απαιτήσεις:

- Περιπατητικός Καροτσάκι Ταυτόχρονη συστηματική Ναι
 Ο2 Φορείο αντικαρκινική θεραπεία: Όχι
 Άλλο _____

Πιθανές πρώιμες / βραχυπρόθεσμες παρενέργειες

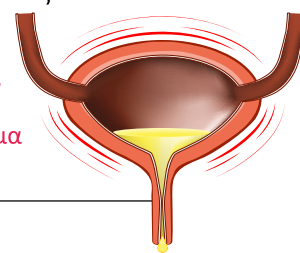
Αρχίζουν κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή λίγο μετά την ολοκλήρωσή της και συνήθως υποχωρούν μέσα σε λίγους μήνες από το τέλος της ακτινοθεραπείας.

Αναμενόμενες	Κόπωση Συχνουρία και/ή επείγουσα ανάγκη για ούρηση ή/και κυστίτιδα (πόνος κατά την ούρηση) λόγω φλεγμονής της ουροδόχου κύστης Πιο μαλακά κόπρανα με περισσότερη βλέννα ή αέρα σε σχέση με το φυσιολογικό Διαταραχές του αίματος (αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία) συνήθως όταν η Ακτινοθεραπεία συγχորηγείται με Χημειοθεραπεία
Συχνές	Χαμηλότερη ροή ούρων σε σύγκριση με το φυσιολογικό Συχνότερες κενώσεις και επείγουσα ανάγκη για κένωση Κολπική δυσφορία ή έκκριση
Σπάνιες	Απώλεια τριχών στην περιοχή της θεραπείας Ερεθισμός του δέρματος και αλλαγές στο χρώμα στην περιοχή θεραπείας Ορθοκολπικός πόνος/ενοχλήσεις - λόγω φλεγμονής του ορθού Αίσθημα μη πλήρους κένωσης του εντέρου σας Αιμορραγία από την ουροδόχο κύστη ή το έντερό σας - συνήθως ήπια
Πολύ Σπάνιες	Κατακράτηση ούρων, με αποτέλεσμα να χρειάζεστε ουροκαθετήρα. Ακράτεια ούρων
Ειδικοί κίνδυνοι για εσάς από την θεραπεία σας	



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

<p>Αναμενόμενες</p>	<p>Υπογονιμότητα - Η ακτινοθεραπεία θα επηρεάσει τη γονιμότητά σας. Παρακαλούμε ενημερώστε μας για τα σχέδιά σας για την απόκτηση παιδιών και μπορούμε να σας συμβουλευόμαστε αναλόγως. Πρόωρη εμμηνόπαυση - τα συμπτώματά της μπορεί να αρχίσουν κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά την ακτινοθεραπεία.</p>
<p>Συχνές</p>	<p>Συχνουρία κατά τη διάρκεια της ημέρας/νύχτας ή/και επείγουσα ανάγκη για ούρηση Μειωμένη χωρητικότητα της ουροδόχου κύστης Αλλαγές στην εκσπερμάτιση - όπως μειωμένη ποσότητα, ξηρή, αλλοιωμένη σύσταση ή με αίμα Αδυναμία επίτευξης επαρκούς στύσης Στένωση ή ουλές του κόλπου - αυτό μπορεί να επηρεάσει την κοιλική επαφή, την άνεση και την ποιότητα της κοιλικής εξέτασης. Μπορεί να σας συμβουλευσουν να χρησιμοποιήσετε κοιλικούς διαστολείς μετά τη θεραπεία, οι οποίοι μπορεί να μειώσουν αυτόν τον κίνδυνο Απώλεια οργασμού</p>
<p>Λιγότερο συχνές</p>	<p>Λεμφοίδημα - συσσώρευση υγρού στα πόδια σας και ενδεχομένως στο όσχεο</p>
<p>Σπάνιες</p>	<p>Κυστίτιδα/πόνος κατά την ούρηση - λόγω φλεγμονής της ουροδόχου κύστης Ακράτεια ούρων Ατελής κένωση της ουροδόχου κύστης σας Στένωση του ουροποιητικού συστήματος, η οποία μπορεί να απαιτεί χειρουργική επέμβαση Αιμορραγία από την ουροδόχο κύστη ή το έντερο σας Συχνές κενώσεις Επείγουσα ανάγκη για κένωση Πιο μαλακά κόπρανα - με περισσότερη βλέννα ή αέρα σε σχέση με το φυσιολογικό Φλεγμονή του ορθού που μπορεί να προκαλέσει πόνο κατά τη κένωση σας Διαλείπουσα κοιλιακή δυσφορία Δυσασπορόφηση - προβλήματα με την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών Νευροπάθεια - βλάβη στα νεύρα που μπορεί να προκαλέσει πόνο, μούδιασμα ή αδυναμία στα πόδια σας</p>
<p>Πολύ Σπάνιες</p>	<p>Αραιώση των οστών της λεκάνης/του ισχίου και/ή κατάγματα Βλάβη του εντέρου/της ουροδόχου κύστης που μπορεί να απαιτήσει χειρουργική επέμβαση - λόγω διάτρησης, συριγγίου, απόφραξη του εντέρου ή σοβαρή αιμορραγία Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης διαφορετικού καρκίνου στην περιοχή θεραπείας Σε περίπτωση ακτινοβόλησης των πνευλικών λεμφαδένων</p>
<p>Ειδικό κίνδυνο για σας από την θεραπεία σας</p>	
<p></p>	<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω αναφέρει τις ανωτέρω παρενέργειες στον ασθενή.</p>
<p>Όνομα Ιατρού:</p>	<p>Υπογραφή: <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.
- Κατανώω 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.

- Κατανώω 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.



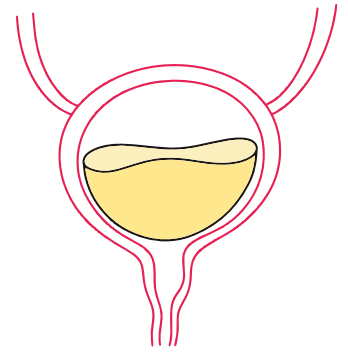
Επιβεβαίωση της συγκατάθεσης του ασθενούς
(Υπογράφεται πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας)

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:

