

Συγκατάθεση για ανακουφιστική - αναλγητική ακτινοθεραπεία

Εντόπιση:

↘ Κλασσική ΑΚΘ

ή

↘ Στερεοτακτική ΑΚΘ

↘ Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς:

Ημερομηνία γέννησης:

ΑΜΚΑ:

ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΣ ή ΟΧΙ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

Θεράπων Ακτινοθεραπευτής Ογκολόγος:

↘ Ειδικές απαιτήσεις:

Περιπατητικός

Καροτσάκι

Ταυτόχρονη συστηματική
αντικαρκινική θεραπεία:

Ναι

Ο2

Φορείο

Όχι

Άλλο

Πιθανές πρώιμες / βραχυπρόθεσμες παρενέργειες

Οι παρενέργειες της θεραπείας ποικίλλουν από ασθενή σε ασθενή.

Οι πρώιμες ή βραχυπρόθεσμες παρενέργειες είναι συχνές και βελτιώνονται σταδιακά κατά τη διάρκεια μιας περιόδου εβδομάδων μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Κόπωση

Αναζωπύρωση συμπτωμάτων (π.χ. πόνος)

Τοπική δερματική αντίδραση (πόνος και χρωματικές αλλαγές - ερυθρότητα δέρματος)

Απώλεια τριχών στην περιοχή θεραπείας (προσωρινή/μόνιμη)

Πονοκέφαλος

Βήχας

Δυσκολία στην κατάποση / δυσπεψία

Ναυτία / αδιαθεσία

Αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου

Αλλαγή της λειτουργίας των ούρων



Άλλες παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν
από τη συγκεκριμένη θεραπεία περιλαμβάνουν:

➤ 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.

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:

- Διερμηνεία
- 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:

