



PLESİOTERAPİ (Yüzeyel Brakiterapi) HASTA BİLGİLENDİRME ve ONAM FORMU

Size doktorunuz tarafındanhastalığınız nedeni ile yüzeyel brakiterapi yapılması uygun görülmüştür. Brakiterapi bir ışın tedavisi türüdür. Hastalığınızı oluşturan kötü huylu hücrelerin öldürülmesi için uygulanan lokal girişimsel radyoterapi tekniğidir. Eksternal radyoterapi (dışarıdan ışınlama) ile veya tek başına yapılabilir. Tümör veya tümör yatağına yüksek doz ışın vererek lokal bölgede hastalığın kontrolünün artmasını sağlar. Bu tedavi tümörün çevresindeki sağlıklı doku ve yakın organlara daha az doz vererek olası yan etkileri azaltır. Brakiterapinin amacı hastalığınızı lokal olarak kontrol altına alabilmektir. Brakiterapi yapılmadığı takdirde hastalığınız kontrol edilemeyebilir, ilerleyebilir ve bu durum yaşamınızı olumsuz olarak etkileyebilir.

Brakiterapinin alternatifi cerrahi veya eksternal radyoterapidir. Hastalığınızın lokal kontrolü açısından her üç tedavide benzer sonuçlar elde edilmektedir. Ancak brakiterapide sınırlı alana yüksek doz verebilme özelliği nedeni ile eksternal radyoterapiden farklı olarak çevre doku koruma olanağı daha yüksektir. Cerrahi girişimde ise tümörlü alanın çıkarılmasına bağlı olarak dokuda skar ve fonksiyon bozuklukları olabilir.

Brakiterapi size seanslar (fraksiyonlar) halinde hekiminiz tarafından brakiterapi ünitesinde uygulanacaktır. Seansların sayısı ve aralıkları hastalığınızın evresine, sizin tedaviye verdiğiniz cevaba ve sizin tedavi toleransınıza göre değişebilir. Bu konuda hekiminiz ve brakiterapi hemşiresi sizi bilgilendirecektir.

Brakiterapi tümör hücrelerinin yanı sıra çevresindeki normal ve sağlıklı hücre ve organları da etkileyebilir. Dolayısı ile zaman içinde yan etkiler oluşabilir. Bu yan etkiler sonucu nadirde olsa cerrahi müdahale gerektiren bazı önemli komplikasyonlar gelişebilir.

Radyasyona bağlı oluşabilecek erken ve geç yan etkilerin şiddeti (derecesi) aynı bölge, aynı işlem ve aynı doz kullanılmasına rağmen hastaların biyolojik (bedensel) zelliklerine/farklılıklarına göre değişiklik gösterebilir. Yan etkiler bazı hastalarda hafif, bazılarında ise şiddetli seyredebilir.

Tedavi sonrası geç dönemde uygulama alanı cildinde renk değişikliği (hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon), kılcal damarlarda belirginleşme (telenjektazi), deride incelme (atrofi), cilt altı dokularda kalınlaşma (fibrozis) görülebilir. Çok nadir de olsa yumuşak doku ölümleri (nekroz) oluşabilir ve bu durumlarda cerrahi müdahale gerekebilir.

Tedavinizin bir aşamasında kemoterapi uygulanmış veya uygulanacak olabilir. Bu durumda görülebilecek yan etkilerde artış olabilir.

Tedavinin yan etkileri sonucunda çok düşük oranda organ işlevlerinde kalıcı bozukluklar, ikincil kanserler veya ölüm görülebilir. Yan etkilerin en aza indirilmesi için gerekli tıbbi ve teknik önlemler alınacaktır.

Doktorum tarafından bana uygulanacak brakiterapinin ne olduğu, süresi, olası sonuçları ve yan etkileri, riskleri, alternatifini olup olmadığı, brakiterapiyi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçlar ayrıntılı olarak açıklandı. Durumum, risklerim, bana uygulanacak işlemler ve hastalığımın tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için doktoruma sorular sorabildim. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum. Uygulanacak tedavinin durumumu iyileştireceğinin garantisi olmadığını, tedavilerinde yan etkileri ve riskleri olduğunu anladım.

Bu belge ile hekim..... ve asistanlarını brakiterapi uygulamasını yapmak üzere yetkili kılıyorum. Yukarıda yazılı bilgi formlarını aldım. Uygulama/anestezi sırasında önceden tahmin edilemeyen durumların yukarıda belirtilenlerden daha değişik işlemler gerektirebileceği hakkında fikir sahibiyim. Bu nedenle yukarıda adı geçen hekim ve ekibini mesleki bilgi ve deneyimlerinin işığında gerekli değerlendirmeyi yapıp bu tür işlemleri uygulamada yetkili kılıyorum.

Bana açıklaması yapılan gerekli durumlarda anestezi (lokal/ genel) uygulamasını kabul ediyorum.

Hastalığımın tedavisi için yukarıda anlatılan bilgiler doğrultusunda tedavi planlamasına yönelik grafi çekimlerine, simülasyona(bilgisayarlı tomografi veya magnetik rezonans görüntüleme ile) tedavi alanlarının fotoğraf/kamera görüntülerinin çekilmesine, doku ve kan örneklerinin alınmasına, benim ile ilgili tıbbi bilgilerin eğitim amaçlı olarak kullanılmasına, brakiterapi uygulanmasına izin veriyorum.

Yukarıdaki bilgileri okuduğumu, tüm sorularıma açık, net cevaplar aldığımı, anladığımı bildirir, uygulamayı yapacak sağlık ekibine tam izin ve yetki verdiğimi beyan ederim.

Bana brakiterapi yapılmasına kendi rızam ile izin veriyorum.

Kendi el yazınız ile 'okuduğumu anladım' yazınız.....

Hastanın Adı Soyadı.....İmza.....Tarih.....saat.....

Hastanın Yakınının Adı Soyadı İmza..... Tarih..... saat.....

Yakınlık derecesi.....

Hekimin Adı Soyadı.....imza.....Tarih.....saat...

Hastadan onam alınmayıp yakınından onam alma nedeni.....

Hasta 18 yaşından küçükse, bilinci kapalı ise veya imza yetkisi yoksa, onay yakını tarafından verilir.

TEDAVİNİN REDDİ

Kendi iradem ile yukarıda belirtilen, tarafıma yapılacak işlemin yapılmasına (hasta tarafından kendi el yazısı ile gerekçe yazılacak) gerekçesi ile tüm hukuki sonuçları tarafıma ait olmak üzere İZİN VERMİYORUM.

Hastanın Adı Soyadı.....İmza.....Tarih.....saat.....

Hastanın Yakınının Adı Soyadı İmza..... Tarih..... saat.....