



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ ÜST BATIN BÖLGE RADYOTERAPİSİ (IŞIN TEDAVİSİ) İÇİN ONAM (RIZA) AMAÇLI BİLGİLENDİRME FORMU

Bu form, mevcut hastalığınızın tedavisinde kullanılacak radyoterapinin (ışın tedavisinin) vücudunuzda meydana getirebileceği etkiler konusunda sizi bilgilendirerek **tedavi kararına katılımınız** için hazırlanmıştır. Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.

Bu formda belirtilen koşullar çoğu zaman sizin durumunuza uygunluk göstermekle birlikte **bütün** tedavi risklerini içeren bir belge **değildir**. Durumunuza göre hekiminiz size farklı bilgi vererek uyarılarda bulunabilir.

Teşhis ya da tedavi amaçlı olarak uygulanan girişimlerin **yararları ve olası risklerini** bilerek yapılacak uygulamaları kabul etmek ya da etmemek **kendi kararınıza** bağlıdır.

İşlem Açıklaması

Radyoterapiye maruz kalan bölgelerdeki iç organlarınızda ve deride hasar oluşabilir. Özellikle iç organlarda oluşan hasar sonucu bir takım şikayetler oluşabilir ve nadiren de olsa cerrahi müdahale gerekebilir.

Radyoterapi sonrası yumurtalıklarda oluşan hasar sonucunda hormonal bozukluklar ve kısırlık oluşabilir. Bulantı, kusma ve iştahsızlık gibi genel şikayetlerin dışında, radyoterapi süresince ve sonrasında istenmeyen aşağıdaki yan etkiler karşınıza çıkabilir.

Işın tedavisi öncesinde hazırlık (simülasyon) sırasında karşılaşılabilen etkiler

- Bu işlem sırasında kullanılan damar yolu ile verilen kontrast maddelerin uygulanması, alerji gibi bazı yan etkilere yol açabilir.

Işın tedavisi sırasında karşılaşılabilen erken yan etkiler

- Karın ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık, halsizlik ve kilo kaybı
- İshal
- Çok nadiren barsak tıkanması ya da delinmesi
- Kemik iliğinin etkilenebilmesi sonucu kan değerlerinde düşüklük
- Gastrit, hazım bozukluğu
- Ciltte kızarıklık, kaşıntı, ıslak ve kuru soyulma, tüy kaybı

Işın tedavisi sonrası karşılaşılabilen geç yan etkiler

- Tedavi bölgesi içinde kalan mide, barsak, karaciğer, böbrek gibi organlarda fonksiyon bozukluğuna veya nadiren organ yetersizliğine sebep olabilecek doku hasarı.
- Mide asit salgısında azalma, sindirim bozukluğu, radyasyon gastriti, mide ülseri, mide kanaması
- İnce bağırsaklarda kanama, ince bağırsaklarda daralma, barsak hareketlerinde artma, nadiren barsak tıkanması ya da delinmesi gibi cerrahi müdahale gerektirebilecek yan etkiler
- Kilo kaybı
- Ciltte kalıcı renk değişikliği (koyulaşma), tüylerde dökülme
- Her iki akciğerde radyoterapiye bağlı mikrobik olmayan iltihaplanma
- Nadiren sinir hasarına bağlı hareket ve duyu kaybı



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ÜST BATIN BÖLGE RADYOTERAPİSİ (IŞIN TEDAVİSİ) İÇİN ONAM (RIZA) AMAÇLI
BİLGİLENDİRME FORMU

- Çok nadir olarak ikincil tümör gelişimi

Doktorum tarafından bana uygulanacak tedavi işleminin ne olduğu, süresi, olası sonuçları ve komplikasyonları, riskleri, alternatif tedavi yöntemleri, tedaviyi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçları ayrıntılı olarak açıklandı. Durumum, risklerim, bana uygulanacak tedavi işlemleri ve hastalığının tedavi seçenekleri hakkında endişelerim için doktoruma sorular sorabildim. Sorularım ve kaygılarım tartışıldı, cevaplandı, memnun ve ikna oldum. Uygulanan işlemler sırasında gelişebilecek acil hayatı tehdit eden durumlarla ilgili neler yapabileceğimi anladım. Uygulanacak tedavinin durumumu iyileştireceğinin garantisini olmadığını, tedavilerinde yan etkileri ve riskleri olduğunu anladım.

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

Yapılacak olan.....işleminin yapılmasına kendi rızam ile **İZİN**

VERİYORUM.

Kendi el yazınız ile "okuduğumu anladım"

yazınız.....

Hastanın adı soyadı.....İmza.....Tarih...../...../..... Saat:...

Hasta yakını adı soyadıİmza.....Tarih...../...../..... Saat:...

Yakınlık derecesi

Hastadan onam alınmayıp yakınından onam alınma
nedeni.....

Hekimin adı soyadı.....İmza..... Tarih...../...../..... Saat:.....

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



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ÜST BATIN BÖLGE RADYOTERAPİSİ (IŞIN TEDAVİSİ) İÇİN ONAM (RIZA) AMAÇLI
BİLGİLENDİRME FORMU

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:...

Hasta yakını adı soyadıİmza.....Tarih...../...../..... Saat:...

Hekimin adı soyadı.....İmza..... Tarih...../...../..... Saat:.....