



**İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**ALT BATIN 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.

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, karında kramp ve kilo kaybı
- İshal
- Çok nadiren barsak tıkanması ya da delinmesi
- Kemik iliğinin etkilenebilmesi sonucu kan değerlerinde düşüklük
- İdrar yollarında sıkıntı, ağrılı idrar yapma, gece idrara kalkmak, idrar yolu enfeksiyonu
- Makatta rahatsızlık hissi, kanama, hemoroidi olan hastalarda şikayetlerde artma
- Ciltte kızarıklık, kaşıntı, ıslak ve kuru soyulma, tüy kaybı

#### **Işın tedavisi sonrası karşılaşılabilen geç yan etkiler**

#### **Mide-barsak yan etkileri**



**İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**ALT BATIN RADYOTERAPİSİ (IŞIN TEDAVİSİ İÇİN) ONAM (RIZA) AMAÇLI**  
**BİLGİLENDİRME FORMU**

- İshal, anüs ve makat mukoza iltihabı, makatta ülser, makat ya da sigmoid kolonda darlık, kolon delinmesi  
Hemoroid (basur) hikayesi olan hastalarda dışkılamada kanama ve ağrı

**Ürogenital yan etkiler**

- Küçülmüş idrar kesesi, üretra (işeme yolu) daralması, idrar ve dışkı tutamama, kanlı idrar yapma (kronik sistit)
- Erkeklerde yumurtalık torbasında şişlik, sperm sayısında azalma, empotans (cinsel aktivitede azalma), kısırlık.
- Kadında vajinal daralma, kısırlık,
- Nadiren vezikovajinal fistül (vajenden idrar kaçağı), nadiren rektovajinal fistül (vajenden dışkı kaçağı)

**Diğerler:**

- Derin damarlarda tıkanma (tromboz) ve buna bağlı komplikasyonlar (akciğere pıhtı atması), cilt ve yumuşak doku hasarı, kemik kırığı, ayak ödemi
- Nadiren kalça eklemine hasar
- Sinir hasarına bağlı motor kayıp, his kusuru, nadiren dışkı kontrolünde bozulmalar.
- Çok nadiren 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**.....



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

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

Hasta yakını adı soyadı .....İmza.....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.**

**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 soyadı .....İmza.....Tarih...../...../..... Saat:...

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