



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
MEDİASTEN (AKCİĞER- GÖĞÜS KAFESİ İÇİN) 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

- Halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma
- Kemik iliğinin etkilenbilmesi sonucu kan değerlerinde düşüklük
- Yutma zorluğu, ses kısıklığı, öksürük
- Ciltte kızarıklık, kaşıntı, ıslak ve kuru soyulma, tüy kaybı
- Yemek borusu iltihabı, kilo kaybı.
- Geçici omurilik hasarına bağlı olarak boyun öne eğildiğinde ellere ve ayaklara yayılan şok benzeri duyu

Işın tedavisi sonrası karşılaşılabilen geç yan etkiler

Radyasyona bağlı akciğer değişiklikleri (mikrobik olmayan akciğer iltihabı, akciğer doku hasarı, kronik öksürük, nefes darlığı)

- Kalpte kronik değişiklikler (konstriktif perikardit, perikardiyal sıvı birikimi, kalp kası hasarı)
- Nefes borusunun mikrobik olmayan iltihabı, nefes borusunda daralma, fistüller (normalde olmayan geçişler, yemek borusu-nefes borusu gibi)
- Yemek borusunda daralma ve yapışıklık
- Kaburga kemiklerinin etkilenmesi ve kırılmalarda artış.
- Tiroid fonksiyonlarında bozulma
- Nadiren omurilik hasarı, kol sinirlerinin (brakiyal pleksus) hasarı, ikincil tümörler

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



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
MEDİASTEN (AKCIĞER- GÖĞÜS KAFESİ İÇİN) RADYOTERAPİSİ (IŞIN TEDAVİSİ) İÇİN
ONAM (RIZA) AMAÇLI BİLGİLENDİRME FORMU

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 garantisiz olduğunu, 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.

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:.....