



**İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**MERKEZ SINIR SİSTEMİ (BEYİN VE OMİRİLİK) 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 yan 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**

- Ciltte kızarıklık, kaşıntı, ıslak ve kuru soyulma, tüy kaybı
- Saç dökülmesi (kısmen kalıcı olabilir)
- Ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, ağrılı yutma
- Gözde tahriş
- Kulağın etkilenmesine bağlı duymada azalma veya seslere duyarlılıkta artış
- Baş ağrısı, bulantı, kusma
- Eğer ışın tedavisi ile birlikte steroid ilaç kullanımı gerekli görüldü ise yüzde şişlik, kan şekeri düzeylerinde düzensizlik, tansiyon yükselmesi ve bazen de gastrit benzeri şikayetler görülebilir.

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

- İşitme kaybı, orta ya da iç kulak hasarı, seslere duyarlılıkta artış
- Gözde kuruma veya yanma, göz ve görme alanı problemleri, retina, kornea, lens, optik sinir etkilenmesine göre değişir (retinopati, retinada mikroanevrizmalar, maküler ödem, retinal kanama, keratit, lakrimal bez hasarı, korneal ülserasyon, glob perforasyonu, katarakt, optik kiyazma ve sinir hasarına bağlı görme keskinlik kaybı, görme alan bozukluğu)
- Hafıza kaybı, beyinde hasar, geçici demiyelinizasyona bağlı nörolojik bozukluklar
- Omurilik hasarı
- Ciltte kalıcı renk değişikliği (koyulaşma), sertleşme, yüzde ve vücutta ödem
- Hipofiz fonksiyon bozukluğu.

Doktorum tarafından bana uygulanacak tedavi işleminin ne olduğu, süresi, olası sonuçları ve komplikasyonları, riskleri, alternatif tedavi yöntemleri, tedaviyi kabul etmediğim takdirde ortaya



**İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**MERKEZ SINIR SİSTEMİ (BEYİN VE OMİRİLİK) RADYOTERAPİSİ (IŞIN TEDAVİSİ) İÇİN**  
**ONAM(RIZA) AMAÇLI BİLGİLENDİRME FORMU**

çıkacak sonuçları ayrıntılı olarak açıklandı. Durumum, risklerim, bana uygulanacak tedavi işlemleri ve hastalığımın 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 garantisi 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 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.***



**İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ**  
**MERKEZ SINIR SİSTEMİ (BEYİN VE OMİRİLİK) 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 soyadı .....İmza.....Tarih...../...../..... Saat:...

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

Yakınlık derecesi.....

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

***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:.....