



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ 2. KEZ RADYOTERAPİ (IŞIN TEDAVİSİ) YAPILAN HASTALAR 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

- Kulak ağrısı, baş ağrısı, saç dökülmesi, baş dönmesi, bulantı, kusma, halsizlik,
- Ciltte kızarıklık, kaşıntı, ıslak ve kuru soyulma, tüy kaybı
- Kulak iltihabı (seröz otit)
- Mukoza (ağız içi ve yemek borusu) iltihabı ve ağrılı yutma, ağız tadı kaybı, iştahsızlık
- Ağız kuruluğu, tükürük salgısında koyulaşma
- Ses kısıklığı
- Kemik iliğinin etkilenebilmesi sonucu kan değerlerinde düşüklük

Işın tedavisi sonrası karşılaşılabilen geç yan etkiler

- İşitme kaybı, orta ya da iç kulak hasarı, seslere duyarlılıkta artış
- Ağız içinde kızarıklık, tat alma bozukluğu, ülser ve buna bağlı kanama.
- Hormonal yetersizlikler.
- Tiroid fonksiyonlarında bozulma ve ilaç tedavisi ihtiyacı
- 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)



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
2. KEZ RADYOTERAPİ (IŞIN TEDAVİSİ) YAPILAN HASTALAR İÇİN ONAM (RIZA) AMAÇLI
BİLGİLENDİRME FORMU

- Gözde kanlanma, sulanma, görme alan bozukluğu, kuruma, görme bulanıklığı
- Hafıza kaybı, beyinde hasar, geçici demiyelinizasyona bağlı nörolojik bozukluklar
- Ciltte kılcak damarlarda belirginleşme, cilt altı doku hasarı (fibröz, cildin sertleşmesi, cilt ülserasyonu, nekroz)
- Çene ekleminde hareket zorluğu, çene kemiklerinin etkilenmesine bağlı kırılma risk artışı
- Ses kalitesinde bozulma ve ses kısıklığı
- Kıkırdak doku hasarı
- Gecikmiş yara iyileşmesi
- Ağız kuruluğu ve tat kaybı
- Akciğerde doku hasarı
- Azalmış tükürük salgısına bağlı olarak diş çürük ve kayıplarında artış
- Nadiren omurilik hasarı, el sinirlerinde (brakial pleksus) hasar
- 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
- 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
- Her iki akciğerde radyoterapiye bağlı mikrobik olmayan iltihaplanma
- Nadiren sinir hasarına bağlı hareket ve duyu kaybı
- Çok nadir olarak ikincil tümör gelişimi

Doktorum tarafından bana uygulanacak tedavi işleminin ne olduğu, süresi, olası sonuçları ve komplikasyonları(yan etkileri), riskleri, alternatif tedavi yöntemleri, tedaviyi kabul etmediğim takdirde ortaya çıkacak sonuçları ayrıntılı olarak açıklandı. Bu tedaviyi ikinci kez alacağım için bu yan etkilerin görülme riskinin daha yüksek olduğu, özellikle cilt ve damarlarda açılma, kanama ve buna bağlı olarak yara gelişmesi olabileceği ve bunun da tedavisi için yeniden ameliyat olmamı gerektirecek durumlarla karşılaşabileceğim bana anlatıldı. 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



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
2. KEZ RADYOTERAPİ (IŞIN TEDAVİSİ) YAPILAN HASTALAR İÇİN ONAM (RIZA) AMAÇLI
BİLGİLENDİRME FORMU

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.....

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



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
2. KEZ RADYOTERAPİ (IŞIN TEDAVİSİ) YAPILAN HASTALAR 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:.....