

KEMOTERAPİ / İMMUNOTERAPİ / HEDEFE YÖNELİK TEDAVİLER İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Yapılan tetkik ve kontrollerde hastalığınızın bulunduğu teşhis edilmiştir. (Hasta Hakları Yönetmeliği 15 / a maddesine göre "Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği" hususunda kısa bir açıklama yazmalıyız)

Hastalığınız nedeniyle kemoterapi, immunoterapi ve/veya hedefe yönelik tedavi almanız gerekmektedir. Bu tedavi hastalığınızı oluşturan tümör hücrelerini ortadan kaldırması için damardan serum içinde ve / veya ağızdan verilecektir. Tedavi olmadığınız takdirde hastalığınız ilerleyebilir ve bu durum yaşamınızı etkileyebilir. Tedavi ile hastalığınız iyileşebilir, gerileyebilir, kontrol altına alınabilir ancak tedaviye rağmen hastalığınız ilerlemeye de devam edebilir. Önceleri tedaviye cevap verseniz, hatta hastalığa ait herhangi bir bulgu kalmasa bile, bir süre sonra hastalığınız tekrar nüks edebilir. Tedavi doktor kontrolünde eğitilmiş hemşireler tarafından uygulanacaktır. Tedavi sizin için planlanmış belirli bir sürede uygulanacaktır. Bu süre sizin tedaviye verdiğiniz cevaba veya sizin bünyenizin tedaviyi kaldırmasına göre değişebilir.

Sizin için planlanan ilaçlar olup, tedaviniz günlük periyotlarla günlük ara ile uygulanacaktır. Sizin için planlanan bu tedavi en az ay sürecektir.

Hastalığınızın tedavisinde kullanılacak kemoterapi ilaçları, biyolojik ilaçlar, hedefe yönelik tedaviler ve/veya immunoterapi ilaçları tümör hücrelerine ek olarak normal hücrelere de etki edebilir. Bu nedenle, bu ilaçlara bağlı bazı yan etkiler ve bazı önemli komplikasyonlar gelişebilir. Bu yan etkilerin derecesinde, hastadan hastaya ve kullanılan ilaçlara göre değişik olabilir. Bu yan etkiler mutlaka ortaya çıkacak demek değildir, ancak gelişmesi muhtemel yan etkiler aşağıda belirtilmiştir:

Saçlar: Saçların tamamının veya bir kısmının dökülmesi (genellikle geriye dönüşümlü)

Gözler ve Kulaklar: Görme kaybı, enfeksiyon, gözde ışık hassasiyeti, İştirmede azalma, kulakta çınlama, denge kaybı

Ağız: Ağızda yaralar, farklı tatlar, boğaz ağrısı

Akciğerler: Akciğer hasarı, pnömonit (akciğer enfeksiyonu), nefes darlığı

Kalp: Ritm bozukluğu, kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon

Mide - Bağırsaklar: Ülser, bulantı-kusma, ishal, kabızlık, mide/bağırsak delinmesi veya kanaması

Karaciğer: Karaciğer hasarı, fonksiyon bozukluğu

Üreme Sistemi: Cinsel fonksiyon kaybı, çocuk yapabilme kabiliyetinde kalıcı yetersizlik, gebelik durumunda fetusta anomali, düşük, erken doğum (doğum kontrolü yapılmalı, emzirmemeli)

Üriner Sistem: İdrar yaparken yanma, idrar renginde değişiklik, kanama, böbrek hasarı ve fonksiyon bozukluğu

Endokrin:Kan şekerinde yükselme/düşme, tiroid, böbrek üstü bezi, hipofiz veya diğer endokrin organlarda fonksiyon bozuklukları

Sinir Sistemi: Parmaklarda, kol ve bacaklarda karıncalanma/uyuşma (nöropati), epilepsi, ensefalit

Düşünce ve Duygu: Rahatsızlık hissi, depresyon, kaygı bozukluğu, yer ve zamanı ayırt edememe, panik olma hali, uykusuzluk

Kan ve Kemik İliği: Hemoglobinde azalma (güçsüzlük), Beyaz küre sayısında azalma (enfeksiyon riski), trombositlerde azalma (kanama riski), trombositlerde artma (damar içi pıhtı oluşması, damar tıkanıklığı), kan elektrolitlerinde artma/azalma

Deri: Deri döküntüleri ve kızarıklıklar

Kas - İskelet Sistemi: Kemiklerde ağrı, kemikte gangren (nekroz) gelişmesi, kas güçsüzlüğü

Toplardamarlar (venler): Enjeksiyon yapılan venlerde ve enjeksiyon bölgesinin üzerindeki venlerde sertleşme, enjeksiyon bölgesinde yara, iltihap ve rahatsızlık

Allerjik Reaksiyonlar: Kaşınma, kızarıklık, nefes darlığı, kan basıncında azalma ve/veya boğaz şişliğini içeren allerjik reaksiyonlar

İkincil Kanselerler: Kanseler tedavisinde kullanılan ilaçlardan kaynaklanan ikincil kanselerler

Gelişmesi muhtemel diğer yan etkiler: Yan etkilerin en aza indirgenebilmesi için gerekli tıbbi önlemler alınacak, ön tetkikler yapılacak ve gerektiğinde bu organların işlevleri takip edilecektir. Hastalık ve tedavi sürecinde önemli yaşam tarzı önerilerin yer aldığı bilgilendirme rehberi de onam formu eki olarak sunulmuştur.

Bu formda kimliği kayıtlı hastaya/yasal temsilcisine hastalığı, sebepleri, riskleri, alternatif tedavi şekilleri, tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında karşılaşılabilecek durumlar, tedavi edilmeme riskleri, gerçekleştirilecek testler gibi konuları açıkladığımı, belirtilen herhangi bir konuda soru sorma imkanını sağlayarak mümkün olduğu kadar tam olarak cevapladığımı beyan ederim.

Dr. Adı Soyadı (el yazısı ile): _____ **Tarih:** ___ / ___ / _____

İmzası : _____

HASTA ONAMI

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 ve sözlü 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, hastalığım ve tedavim sürecindeki yaşam tarzımın nasıl olması gerektiğine ilişkin önerileri anladım. Uygulanacak tedavinin durumumu iyileştireceğinin garantisi olmadığını, tedavilerinde yan etkileri ve riskleri olduğunu anladım. Yukarıdaki bilgileri okuduğumu, tüm sorularıma açık, net cevaplar aldığımı, anladığımı, vermiş olduğum rızayı istediğim zaman geri çekebileceğimi bildirmekle onkoloji bölümü doktor ve sağlık elemanlarına tam izin ve yetki verdiğimi beyan ederim.

Bana yukarıda açıklanan tedaviye kendi rızam ile izin veriyorum. Onam Formu ve eklerinin bir örneğini teslim aldım. (Kendi el yazınız ile "okuduğumu anladım, onam formu ve eklerinin bir örneğini teslim aldım" yazınız.)

.....

Hastanın adı, soyadı: İmza:

Tarih:/...../..... Saat:

Hasta yakını adı, soyadı İmza:

Tarih:/...../..... Saat:

Yakınlık derecesi:.....

Hekimin adı, soyadı: İmza:

Tarih:/...../..... Saat:

Hastadan onam alınmayıp yakınından onam alınma nedeni:

.....

....

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 izin vermiyorum.

Hastanın adı, soyadı: İmza:

Tarih:/...../..... Saat:

Hasta yakını adı soyadı: İmza:

Tarih:/...../..... Saat: