Hastanın Adı, Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti:

Randevu Tarih ve Saati:
Dosya no:

1.İŞLEMİN KİM TARAFINDAN YAPILACAĞI: DR.....

..... Hastalığınız nedeniyle kemoterapi olmanız gerekmektedir.

2.İŞLEMDEN BEKLENEN FAYDALARI: Kemoterapi hastalığınızı oluşturan hücrelerin öldürülmesi için ilaçların damardan serum içinde ve / veya ağızdan verilmesidir.

3.İŞLEMİN UYGULANMAMASI DURUMUNDA KARŞILAŞILABİLECEK SONUÇLAR: Kemoterapi olmadığınız takdirde hastalığınız ilerleyebilir ve bu durum yaşamınızı etkileyebilir. Kemoterapi ile hastalığınız iyileşebilir, gerileyebilir, kontrol altına alınabilir ancak; kemoterapiye rağmen hastalığınız ilerlemeye de devam edebilir. Kemoterapi tıbbi onkoloji uzmanı kontrolünde eğitimli hemşireler tarafından uygulanmaktadır.

Kemoterapi sizin için planlanmış sürede uygulanacaktır. Bu süre hastalığınızın evresine, sizin tedaviye verdiğiniz cevaba veya sizin tedaviye toleransınıza göre değişebilir. Sizin için planlanan .....

.....

kemoterapi ilaçları.....günde.....günlük aralar ile uygulanacaktır. Sizin için planlanan bu tedavi en az ..... ay sürecektir.

4.VARSA İŞLEMİN ALTERNATİFLERİ:

5.İŞLEMİN RİSKLERİ VE KOMPLİKASYONLARI:

Kemoterapide kullanılan ilaçlar hastalık hücrelerine etkileri yanında normal hücrelere de etki eder. Bundan dolayı ilaçlara bağlı bazı yan etkiler oluşabilir. Bu yan etkiler sonucu bazı önemli komplikasyonlar bile gelişebilir. Kemoterapi ilaçlarının en sık, kemik iliği, saç ve sindirim sistemi hücreleri üzerinde yan etkileri görülür. Kemik İliğine etkileri ile, normal kan hücrelerinin yapımları azalarak kansızlık, infeksiyonlara duyarlı olma, kanamalar oluşabilir; saç hücrelerine etkileri ile saçınız dökülebilir; sindirim sistemi üzerine etkileri ile ağız yarası, bulantı - kusma ve ishal olabilirsiniz. Az da olsa kalp, karaciğer, böbrek, akciğer gibi organlarınıza da yanetkiler yapabilir. İlaçların yan etkileri sonucunda çok düşük oranda organ fonksiyonları kalıcı bozuklukları, ölüm ve ikincil kanserler oluşabilir. Yanetkilerin en aza indirgenebilmesi için gerekli t ıbbi önlemler alınacak, ön tetkikler yapılacak ve gerektiğinde bu organların işlevleri takip edilecektir. Bu olayların derecesi hastadan hastaya ve kullanılan ilaçlara göre değişik olabilir. Kemoterapi uygulama sırasında aşırı duyarlılığınız varsa alerji gelişebilir. Kemoterapi ilaçlarının bu genel yan etkileri dışında size uygulanacak ilaçların nadir görülebilen çeşitli yan etkileri de vardır.

6.İŞLEMİN TAHMİNİ SÜRESİ:

Tedaviniz sırasında kan transfüzyonu, port kateter takılması gerekebilir. Bu durumlarda ayrıca bilgilendirilerek onamınız alınacaktır. Kemoterapiyi reddetmeniz ya da ertelemeniz durumunda hastalığınızın nasıl seyredeceği ile ilgili doktorunuz size bilgi verecektir.

7.KULLANILACAK İLAÇLARIN MUHTEMEL İSTENMEYEN ETKİLERİ VE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR:

8.HASTANIN İŞLEM ÖNCESİ VE SONRASI DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR VE DİKKAT EDİLMEMESİ DURUMUNDA YAŞANABİLECEK SORUNLAR:

9.GEREKTİĞİNDE AYNI KONUDA TIBBİ YARDIMA NASIL ULAŞABİLDİĞİ:

Hastalığınız için farklı tedavi seçenekleri varsa bunlarla ilgili gerekli bilgilendirmeler doktorunuz tarafından yapılacaktır.

Kullandığınız ilaçların yanetkileri ve alacağınız önlemlerle ilgili bilgilere daha ayrıntılı olarak Türk Tıbbi Onkoloji Derneği (www.kanser.org) toplum için hazırlanmış web sitesindeki kemoterapi rehberi bölümünden de ulaşabilirsiniz.

Bana uygulanacak tedaviye yönelik;.....

..... bilgilendirme formu tarafıma verildi.

Hasta/hasta yakını imzası-Tarih-Saat:

ONAM

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 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.

Bana kemoterapi 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..... .....

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

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.....