METOTREKSAT-VİNKRİSTİN KEMOTERAPİ

PROTOKOLÜ AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta Adı ……. Dosya No ……. Tarih / Saat …….

Yöntem:

İntravenöz kemoterapi infüzyon şeklinde servisde veya kemoterapi ünitesinde uygulanacaktır.

Alternatifler:

Tedavi alternatifleri hastanın doktoru tarafından anlatılmıştır.

İşlemin riskleri:

Ekstravazasyon, anaflaksi, allerjik reaksiyonlar, kemoterapiye bağlı ölüm riski bulunmaktadır. Diğer riskler aşağıda belirtilmiştir.

Genel riskler ve komplikasyonlar

1.Tedavinizde kullanılması planlanan **metotreksat** isimli ilacın sık görülen ve önemli yan etkileri şunlardır:

. artmış kanama ve enfeksiyon riski

.böbrek fonksiyon bozukluğu

.bulantı ve kusma

.körlük

.akciğer zedelenmesi

.karaciğer sirozu

.merkezi sinir sistemi zedelenmesi

.ishal

.katarakt.

2.Tedavinizde kullanılması planlanan **vinkristin** isimli ilacın sık görülen ve önemli yan etkileri şunlardır:

.sinir zedelenmesi (periferik nöropati)

.çene, boğaz ağrısı

.nöbet geçirme, körlük

.kabızlık

.cilt döküntüsü

.kemik iliğine etkisi düşüktür.

.bulantı, kusma

.pankreatit

.damar dışına kaçarsa ciddi doku hasarı

Tedavi Olmazsanız:

Hastalığınız ilerlemesi sonucu hayati tehlike oluşabilir.

Özel Durumlar:

Yüksek ateş

Göğüs ağrısı

Bastırıcı tarzda ve kola yayılan göğüs ağrısı

Kemoterapi aldığınız damar üzerinde şiddetli ağrı ve kızarıklık

İdrarın aniden kesilmesi ve bunun 24 saatten uzun sürmesi

Herhangi bir yerinizde kanama olması

Daha önce olmayan nefes darlığı veya var olan nefes darlığının artması

Kilo kaybına yol açan, halsiz ve yorgun bırakan ishal

Normal dışkılama alışkanlığınızın dışında oluşan 3 günden fazla süren gaz ve dışkı çıkaramama

Yemek yemenizi engelleyen ağız yaraları ve yutma güçlüğü

Ani olarak gelişen, çift görme problemleri ve hareket bozukluğu, bilinç kaybı.

Vücutta oluşan yaygın döküntüler.

Yukarıda belirtilen bir nüshası size verilen kemoterapi onay formunda bildirilen yan etkilerden ve durumlardan herhangi birisi veya başka sıkıntılar ortaya çıktığında acil servise başvurunuz. Başvurmadığınız takdir de hayati tehlike bulunabilir.

Onam Doğrulama:

Dr._____ve yardımcı sağlık personelinin kemoterapi yapmaları için yetkilendiriyorum. Bu girişimin yakınmalarımın ortadan kalkmasına yönelik ve iyileştirme niyetiyle yapıldığını anlıyorum. Doktorumun yukarıdaki tüm bilgileri açıkladığını, bu bilgileri anladığımı ve bu girişimle ilgili tüm sorularımın yanıtlandığını doğruluyorum. Bu tedavi anlaşmasını anladığımı ve aldığım açıklamalardan memnun olduğumu belgeliyorum. Bu nedenle kemoterapi için doktorumun gerekli gördüğü farklı ya da ilave tüm ek tedavi girişimlerine onam veriyorum.

Dokunun kullanımı: Benim durumumu tedavi etmek için tıbbi tanıda gerekli olmayan herhangi bir doku etik kurallar çerçevesinde etik komite tarafından incelenmiş ve araştırma onaylanmış olmak şartıyla tıbbi araştırma için kullanılabilir. Araştırma sonuçlarının hasta kimliğinin saklandığı sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim. Cerrahi işlem sırasında çıkarılmış olabilen herhangi bir doku, tıbbi aygıt ya da vücut kısımlarının kullanımına onam veriyorum.

Tıbbi araştırma: Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartıyla onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Fotoğraf/İzleyiciler: Vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacıyla fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum.

Doktorlarım ve klinik hemşireleri tarafından bana ve yakınlarıma hastalığım, uygulanacak tedaviler ve girişimsel işlemlerle ilgili olarak yeterli bilgi verildi. Eğitim hemşiresi tarafından bana ve yakınlarıma kemoterapi yan etkileri, herhangi bir sorunla karşılaştığım zaman kime, nasıl ulaşacağım, nereye başvuracağım konusunda yeterli bir şekilde bilgilendirildim. Bilgilendirilmiş olarak ve kendi isteğimle bana uygulanacak kemoterapi, diğer tedaviler ve yapılacak gerekli işlemleri kabul ediyorum. Gerektiğinde doktorlarımın tedavimde uygun gördükleri değişiklikleri yapmalarını önceden bilgilendirilmek koşuluyla onaylıyorum. okudum anladım müzakere ettim kendi isteğimle kemoterapi almayı kabul ediyorum.

Aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Doktorum tüm sorularımı cevapladı. Kendi özgür irademle karar veriyorum. Bu kemoterapiyi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum.

Tarih / Saat : _____ /_____

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin adı soyadı :_____ _____

İmzası: _____

İşlemi yapacak olanın Adı-Soyadı : _____ _____

Çalıştığı Kurum:

İmza : _____