

İSTANBUL ONKOLOJİ HASTANESİ

RADYOTERAPİ TEDAVİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

İstanbul, / /

Tanı :

Doktorumdan tıbbi durumum ile ilgili ayrıntılı bilgi aldım.

Tedavi amacıyla.....bölgesi/bölgelerine radyoterapi uygulanacağı bana anlatıldı. Tedavim nedeniyle oluşabilecek komplikasyonlar ve olası riskler de ayrıntısı ile anlatıldı. Bu tedavi yöntemi yerine uygulanabilecek bir başka tıbbi yöntemin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.

Hastalığım nedeniyle tıp merkezinde uygulanacak radyoterapi yöntemlerinin mahiyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı. Tedavi planlamama yardımcı olması amacıyla MR BT veya röntgen, gerektiğinde kontrast madde kullanılmasına, vücuduma işaret konulmasına, maske yapılmasına, sonda ve sabitleme aletleri kullanılarak simülasyon yapılmasına izin veriyorum.

Radyoterapi sırasında ışınlanan bölgeye göre çeşitli yan etkilerin olabileceği, bu yan etkilerin tedavisi amacıyla ilaçların verilebileceği, ciddi bir yan etki geliştiğinde tedavime ara verilebileceği konusunda doktorumdan ve/veya Radyasyon Onkolojisi Merkezi çalışanlarından bilgi aldım. Geçici yan etkilerin yanı sıra radyoterapiye ve ışınlanan bölgeye bağlı olarak tedavi bitiminden 6ay-1 yıl sonra çeşitli geç yan etkilerin ortaya çıkabileceği, bunların bazılarının kalıcı olabileceği ve yan etkiler oluşursa yapmam gerekenler hakkında bilgilendirildim.

Hastalığım, tedavim ve takibim hakkında tüm yazılı ve bilgisayar dosyalarının İstanbul ON-KO Tıp Merkezi Radyasyon Onkolojisi bölümünde saklanacağı konusunda bilgi aldım. Tetkik imajlarımın ve iznim dahilinde çekilen fotoğraflarımın dijital ortamda PACS sisteminde saklanmasına ve gerektiğinde ismim belirtilmeden bilimsel çalışmalarda kullanılmasına onay veriyorum. Herhangi bir ihtilaf durumunda ödenecek tazminatın sigorta limitleri ile sınırlı olduğunu kabul ediyorum. Yukarıda yazanların tümünü okudum, anladım. Yapılacak işlemlerle ilgili soru sormama izin verildi ve sorularım yanıtlandı.

Yukarıda yazılanları okudum ve ayrıntılı bilgi aldım, uygulanacak işlemleri veya tedavi biçimini kabul ediyorum.

Hasta Adı , Soyadı :

Doktor :

Yakını :