



Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszcz

Bydgoszcz, dnia

ul. dr I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz,

tel.: 52 374 30 00

I część kodu resortowego: 04-00061

Komórka organizacyjna, tel.

VII część kodu resortowego:

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA LECZENIE DLA PACJENTÓW ZAKWALIFIKOWANYCH DO RADIOTERAPII
Z UKŁADEM STYMULUJĄCYM SERCE**

Nr historii choroby

Płeć:

Pacjent: PESEL:

Data urodzenia: RRRR/MM/DD

Nazwisko i imię pacjenta

ADRES: Telefon:

ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

KOD ICD-10: Rozpoznanie..... (wg międzynarodowej klasyfikacji)(rozszerzenie rozpoznania)

Planowana procedura/obszar.....

Szanowna Pani, Szanowny Panie

Została Pani/Pana zakwalifikowana/ny do radioterapii.

Opracowane dla Pani/Pana informacje tu zawarte mają na celu zaznajomienie się z potencjalnymi skutkami oddziaływania promieniowania jonizującego na stymulator serca.

ZALECENIA DLA PACJENTA W TRAKCIE LECZENIA PROMIENIAMI

Podczas leczenia wymaga się, aby pacjent zgłaszał personelowi medycznemu (lekarz, pielęgniarka, technik) wystąpienie następujących **objawów ostrzegawczych**:

- kołatanie serca
- uczucie klucia w okolicy przedsercowej
- nagła duszność
- zawroty głowy

Gdy objawy pojawią się w trakcie seansu radioterapii należy unieść rękę, co stanowi sygnał alarmowy dla technika obserwującego proces napromieniania.

Przed i po każdym seansie napromieniania pacjent powinien zgłosić się do pielęgniarki celem oceny tętna i ciśnienia tętniczego.



- Zostałam/em/ wyczerpująco poinformowana/ny/ w sposób dla mnie zrozumiały:
 - o moim stanie zdrowia,
 - o celu, sposobie planowania i wykonywania procedury radioterapii,
 - o wszystkich aktualnie rekomendowanych metodach postępowania terapeutycznego,
 - o możliwościach ewentualnych innych metod leczenia,
 - o ryzyku wystąpienia poszczególnych skutków ubocznych w trakcie i po zakończeniu leczenia.
- Uzyskałam/em/ odpowiedź na wszystkie moje wątpliwości.
- Zgadzam się na wykonanie zdjęć radiologicznych oraz wszystkich procedur wymaganych do zaplanowania mojego leczenia, w tym wykonanie niezbędnych tatuaży na skórze wyznaczających punkty orientacyjne obszaru napromieniania oraz wykonanie fotografii twarzy w celu identyfikacji w czasie leczenia.
- Oświadczam, że poinformowałam lekarza o odbytych wcześniej zabiegach terapeutycznych wykonanych przy użyciu promieniowania jonizującego.
- Zostałam/em/ poinformowana/ny/ o zdarzających się sytuacjach, w których konieczne jest zmodyfikowanie zakresu leczenia.
- Zostałam/em/ poinformowana/ny/ o możliwości wycofania zgody w każdej chwili i skutkach nieudzielenia zgody na leczenie.
- Rozumiem, że nie jest możliwa gwarancja wyników leczenia, ale lekarz zaproponował najbardziej skuteczną metodę leczenia i obciążoną możliwie najmniejszym ryzykiem skutków ubocznych.

Zapoznałam/em/ się z powyższą treścią, w pełni ją zrozumiałam/em/ i wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na leczenie promieniami jonizującymi wybraną metodą

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza



Przypadki szczególne – oświadczenie pacjentki *) –

*) w razie konieczności wypełnić:

- Oświadczam, że nie jestem w ciąży.
- Oświadczam, że zostałam poinformowana o działaniu promieni jonizujących na płód.
- W przypadku wątpliwości w trakcie radioterapii natychmiast poinformuję lekarza lub obsługę aparatu.

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza

Nie zgadzam się na przeprowadzenie u mnie radioterapii

Zostałam/em/ poinformowana/ny o możliwych negatywnych konsekwencjach
takiej decyzji dla mojego zdrowia

.....
data, godzina

.....
podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....
data, godzina

.....
podpis i pieczęć lekarza