

Pieczęć Oddziału

**INFORMACJA DLA PACJENTA
LECZONEGO W ODDZIALE DZIENNYM CHEMIOTERAPII
ORAZ
ZGODA NA LECZENIE CYTOSTATYKAMI**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL

1. LECZENIE

Leczenie obejmuje podawanie :

- leków cytostatycznych
- leków hormonalnych
- leków immunostymulujących

Leki cytostatyczne są to substancje uszkadzające komórki nowotworowe, które również mogą uszkadzać komórki takie jak: szpiku kostnego, nabłonka przewodu pokarmowego i jamy ustnej, skóry, włosów. Podczas leczenia mogą wystąpić objawy uboczne, takie jak:

- zaburzenia hematologiczne – anemia, spadek liczby białych ciałek krwi, płytek (co może wymagać przetoczenia preparatów krwiopochodnych i pobudzających szpik kostny)
- toksyczność dla narządów (serce, płuca, nerki, wątroba)
- reakcje alergiczne (spadek ciśnienia krwi do wstrząsu anafilaktycznego włącznie), wysypki, zaczerwienienia skóry
- skłonność do infekcji i krwawień
- wypadanie włosów, przebarwienia skóry, zmiany w obrębie paznokci
- nudności, wymioty, brak apetytu, zmiany smaku, zmiany w obrębie jamy ustnej
- skłonność do biegunek lub zaparć
- osłabienia, zmęczenie organizmu

Leki hormonalne wpływają na wytwarzanie przez organizm hormonów, co może wpływać korzystnie na przebieg choroby. Podczas leczenia mogą wystąpić skutki uboczne takie jak: uderzenia gorąca, wysypka, bóle głowy, zaburzenia snu, biegunki lub zaparcia.

Leki immunostymulujące korzystnie wpływają na układ odpornościowy, ale mogą wywoływać odczyny uczuleniowe, gorączkę, objawy grypopodobne.

Jeśli wystąpią w przerwie między cyklami: kilkudniowe wymioty, biegunka, utrzymujące się wzdęcia, zaparcia, gorączka powyżej 38°C należy natychmiast zgłosić się do lekarza.

2. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani /Pan zapytała/ł nas o wszystko co chciała/ł Pan /Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią /Pana wyjaśnienia można uzyskać u lekarza zatrudnionego w naszym Oddziale /Poradni. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana /Pani pytania.

3. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz informacje przekazane podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem Panem/Paniąspełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, leczenia, ewentualnych objawów ubocznych, przewidywanych wynikach leczenia, rokowaniu.

Oświadczam, że o ile mi wiadomo to nie jestem uczulony/na na leki cytostatyczne.

**Wyrażam świadomą zgodę
na leczenie cytostatykami oraz na zastosowanie procedur medycznych, które mogą okazać się niezbędne w
razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia.**

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna

**Nie zgadzam się
na leczenie cytostatykami.
Zostałem /I am poinformowany /na o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji
dla mojego zdrowia i życia.**

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....
.....

.....
data pieczętka i podpis lekarza