



ГБУ АО «АРХАНГЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____
В соответствии со статьей 20 ФЗ № 323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(а) о своих правах как пациента.

Я информирован(а) о диагнозе заболевания, а также обо всех обстоятельствах, связанных с моей болезнью, возможных методах и вариантах лечения, о необходимости, цели и ожидаемых результатах предстоящего курса лучевой терапии.

Я информирован(а) о том, что лучевая терапия является высокоэффективным методом лечения злокачественных опухолей, но точно предсказать ее исход невозможно, и о том, что результаты ее отсрочены во времени. Я осведомлен(а) о возможности возникновения местных и общих лучевых реакций во время, и после окончания курса лучевой терапии, которые зависят от индивидуальной чувствительности организма к радиации и особенностей распространения опухолевого процесса.

Я понимаю, что при подготовке к лучевой терапии, и ее проведении могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий. В таком случае я уполномочиваю врачей изменить ход лечения по их усмотрению.

Я осознаю, что обязан(а) поставить в известность лечащего врача обо всех проблемах с моим здоровьем, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами.

Информация о предстоящем мне лечении, возможных реакциях, осложнениях и исходах доведена в понятной для меня форме. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа.

На предложенное мне лечение - лучевую терапию, **согласен/согласна**, о чём свидетельствует моя подпись

подпись, дата

Лечащий врач _____

подпись, дата.

*При невозможности получения подписи пациента в связи с особенностями заболевания, а также при проведении курса лучевой терапии у детей документ подписывают его родственники (законные представители):

Ф.И.О. (полностью) _____

Родственные отношения _____

Подпись родственника (представителя) _____

подпись, дата

Заведующий отделением _____ / _____ /



ГБУ АО «АРХАНГЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____
В соответствии со статьей 20 ФЗ № 323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(а) о своих правах как пациента.

Я информирован(а) о диагнозе заболевания, а также обо всех обстоятельствах, связанных с моей болезнью, возможных методах и вариантах лечения, о необходимости, цели и ожидаемых результатах предстоящего курса лучевой терапии.

Я информирован(а) о том, что лучевая терапия является высокоэффективным методом лечения злокачественных опухолей, но точно предсказать ее исход невозможно, и о том, что результаты ее отсрочены во времени. Я осведомлен(а) о возможности возникновения местных и общих лучевых реакций во время, и после окончания курса лучевой терапии, которые зависят от индивидуальной чувствительности организма к радиации и особенностей распространения опухолевого процесса.

Я понимаю, что при подготовке к лучевой терапии, и ее проведении могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий. В таком случае я уполномочиваю врачей изменить ход лечения по их усмотрению.

Я осознаю, что обязан(а) поставить в известность лечащего врача обо всех проблемах с моим здоровьем, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами.

Информация о предстоящем мне лечении, возможных реакциях, осложнениях и исходах доведена в понятной для меня форме. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа.

На предложенное мне лечение - лучевую терапию, **согласен/согласна**, о чём свидетельствует моя подпись

подпись, дата

Лечащий врач _____

подпись, дата.

*При невозможности получения подписи пациента в связи с особенностями заболевания, а также при проведении курса лучевой терапии у детей документ подписывают его родственники (законные представители):

Ф.И.О. (полностью) _____

Родственные отношения _____

Подпись родственника (представителя) _____

подпись, дата

Заведующий отделением _____ / _____ /

Памятка пациенту, проходящему курс лучевого лечения Уважаемый пациент!

С помощью этой памятки и разъяснительной беседы лечащего врача, мы информируем Вас о предстоящем лучевом лечении, его значении для Вашего здоровья, а также побочных эффектах во время его проведения.

При лучевом лечении Вашего заболевания могут возникнуть побочные эффекты – лучевые реакции, которые после окончания лучевого лечения проходят, но, к сожалению, возможны и лучевые осложнения, связанные с повышенной чувствительностью Вашего организма к облучению, особенно опухолевого роста и необходимостью подведения высокой дозы ионизирующего излучения для достижения положительных результатов лечения.

Лучевая терапия имеет так называемые кумулятивные или накопленные побочные эффекты, которые появляются не сразу, а с течением времени, после проведения определенного количества процедур облучения.

Побочные эффекты облучения могут быть общими и местными (в области облучения).

1. Общие побочные проявления при лучевой терапии, такие как усталость, слабость, потеря аппетита, тошнота, изменение показателей крови, обычно наблюдаются у пациентов с повышенной чувствительностью к ионизирующему излучению, или при облучении больших объемов опухолевых очагов.

2. Местные реакции и осложнения.

- При дистанционном лучевом лечении пучок излучения почти всегда проходит через кожу, при этом на ней может возникнуть краснота, сухость, шелушение, зуд, появление мелких пузырьков (т.е. такие местные проявления, как - эритема, сухой эпидермит, влажный эпидермит, атрофические или гипертрофические дерматиты с телеангиоэктазиями, лучевой фиброз кожи, подкожной жировой клетчатки или индуративный отёк).

- При облучении опухолей головы и шеи может отмечаться выпадение волос, понижение слуха, тяжесть и боли в голове, сухость во рту, появление вязкой, тягучей слюны, гиперемия слизистой полости рта и ротоглотки, першение в горле, осиплость голоса, боли при глотании, потеря вкуса пищи и др.

- При облучении органов грудной полости могут возникать боли при прохождении пищи по пищеводу и затруднение ее прохождения, сухой кашель, одышка, повышение температуры тела.

- При облучении опухолей органов брюшной полости может отмечаться потеря аппетита, тошнота и рвота, снижение веса, жидкий стул, боли в животе.

- При облучении опухолей органов малого таза могут наблюдаться частое и болезненное мочеиспускание, боли в прямой кишке, жидкий и частый стул, вздутие живота, сухость влагалища, боли и различные выделения (такие повреждения кишечника, как ректит, ректосигмоидит, энтероколит, ректо-вагинальный свищ; повреждения мочевыделительной системы – язвенный цистит, стриктуры мочеточников, гидронефроз, везико – вагинальный свищ).

3. Дополнения:

По всем возникающим у Вас вопросам обращайтесь к лечащему врачу.

Памятка пациенту, проходящему курс лучевого лечения Уважаемый пациент!

С помощью этой памятки и разъяснительной беседы лечащего врача, мы информируем Вас о предстоящем лучевом лечении, его значении для Вашего здоровья, а также побочных эффектах во время его проведения.

При лучевом лечении Вашего заболевания могут возникнуть побочные эффекты – лучевые реакции, которые после окончания лучевого лечения проходят, но, к сожалению, возможны и лучевые осложнения, связанные с повышенной чувствительностью Вашего организма к облучению, особенно опухолевого роста и необходимостью подведения высокой дозы ионизирующего излучения для достижения положительных результатов лечения.

Лучевая терапия имеет так называемые кумулятивные или накопленные побочные эффекты, которые появляются не сразу, а с течением времени, после проведения определенного количества процедур облучения.

Побочные эффекты облучения могут быть общими и местными (в области облучения).

3. Общие побочные проявления при лучевой терапии, такие как усталость, слабость, потеря аппетита, тошнота, изменение показателей крови, обычно наблюдаются у пациентов с повышенной чувствительностью к ионизирующему излучению, или при облучении больших объемов опухолевых очагов.

4. Местные реакции и осложнения.

- При дистанционном лучевом лечении пучок излучения почти всегда проходит через кожу, при этом на ней может возникнуть краснота, сухость, шелушение, зуд, появление мелких пузырьков (т.е. такие местные проявления, как - эритема, сухой эпидермит, влажный эпидермит, атрофические или гипертрофические дерматиты с телеангиоэктазиями, лучевой фиброз кожи, подкожной жировой клетчатки или индуративный отёк).

- При облучении опухолей головы и шеи может отмечаться выпадение волос, понижение слуха, тяжесть и боли в голове, сухость во рту, появление вязкой, тягучей слюны, гиперемия слизистой полости рта и ротоглотки, першение в горле, осиплость голоса, боли при глотании, потеря вкуса пищи и др.

- При облучении органов грудной полости могут возникать боли при прохождении пищи по пищеводу и затруднение ее прохождения, сухой кашель, одышка, повышение температуры тела.

- При облучении опухолей органов брюшной полости может отмечаться потеря аппетита, тошнота и рвота, снижение веса, жидкий стул, боли в животе.

- При облучении опухолей органов малого таза могут наблюдаться частое и болезненное мочеиспускание, боли в прямой кишке, жидкий и частый стул, вздутие живота, сухость влагалища, боли и различные выделения (такие повреждения кишечника, как ректит, ректосигмоидит, энтероколит, ректо-вагинальный свищ; повреждения мочевыделительной системы – язвенный цистит, стриктуры мочеточников, гидронефроз, везико – вагинальный свищ).

3. Дополнения:

По всем возникающим у Вас вопросам обращайтесь к лечащему врачу.