

Zgoda na diagnostykę i leczenie jodem promieniotwórczym ^{131}I o aktywności do 200 mCi (7,4 GBq) chorych z rozpoznaniem raka tarczycy

Imię i Nazwisko:

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

1. został mi szczegółowo wyjaśniony cel i przebieg kwalifikacji, przygotowania do terapii oraz terapii za pomocą jodu promieniotwórczego ^{131}I .
2. zostałem/am poinstruowany o zasadach przygotowania się do terapii (hospitalizacji), zachowania się w Oddziale Endokrynologii w trakcie terapii oraz postępowania po opuszczeniu Oddziału, ze szczególnym uwzględnieniem zasad ochrony radiologicznej, które mają na celu ochronę innych osób oraz środowiska przed promieniowaniem i skażeniem – zobowiązuję się do ich przestrzegania.
3. zostałem/am poinformowany o możliwych niekorzystnych następstwach terapii, jak:
 - przemijający obrzęk i bolesność gruczołów ślinowych;
 - zmniejszenie wydzielania śliny;
 - podrażnienie błony śluzowej żołądka, nudności;
 - obniżenie liczby krwinek białych - na ogół przemijające;
 - potencjalne zwiększone ryzyko nowotworów wtórnych po przekroczeniu aktywności 500 mCi (18,5 GBq). Ryzyko to dotyczy przede wszystkim chorób rozrostowych układu krwiotwórczego.
4. Wszystkie zalecenia otrzymałem/am do zapoznania się w formie pisemnej oraz zostałem poinstruowany ustnie przez personel Oddziału Endokrynologii i Zakładu Medycyny Nuklearnej.
5. Zapewniono mi nieograniczoną możliwość zadawania pytań i udzielono mi na nie wyczerpujących odpowiedzi.
6. Zostałem/am poinformowany o konieczności stosowania antykoncepcji u obu płci nie krótszy niż przez okres 6 miesięcy od podania terapii ^{131}I .
7. Otrzymałam informację o przeciwwskazaniach do zajścia w ciążę przez rok po leczeniu oraz o przeciwwskazaniu do odstawienia l-tyroksyny (Euthyrox N, Tirosint Sol, Letrox) w okresie ciąży
8. Obecnie nie jestem w ciąży
9. Wszystkie przekazane informacje są dla mnie w pełni zrozumiałe
10. **Wyrażam świadomą zgodę** na przeprowadzenie u mnie (mojego dziecka, podopiecznego) terapii raka tarczycy za pomocą wysokiej aktywności jodu promieniotwórczego.

Data:

Podpis pacjenta/tki:

Pieczętka i podpis lekarza: