



Dati identificativi del paziente:

Data di nascita

CONSENSO PER RICEVERE TERAPIE ANTI-CANCRO DA HARTFORD HEALTHCARE

Capisco che mi è stato diagnosticato il _____. Mi è stato richiesto di acconsentire volontariamente e autorizzare i fornitori di servizi sanitari di Hartford Health Care Cancer Institute a prescrivere e somministrare farmaci anti-cancro per curare la mia condizione. I miei farmaci saranno:

FARMACO	VIA DI SOMMINISTRAZIONE	FREQUENZA

L'obiettivo della mia terapia è ____curare____ controllare il cancro e qualsiasi sintomo. Questi farmaci sono potenti e hanno lo scopo di curare le malattie difficili. Provocano effetti collaterali e questo modulo di consenso intende avvisarmi circa alcune delle possibili complicanze di questo trattamento. I miei sanitari e gli infermieri forniranno ulteriori informazioni sul programma e i dettagli sugli effetti collaterali dei farmaci che riceverò. Sono stato informato che i farmaci anti-cancro possono influenzare il corpo in molti modi diversi e potenzialmente negativi. Alcuni di questi effetti collaterali possono mettermi in pericolo di vita e possono causare la morte o richiedere il ricovero in ospedale. Potrei anche aver bisogno di trasfusioni di sangue. Potenziali reazioni includono, ma non sono limitati alle seguenti:

<input type="checkbox"/> Muscoli / effetti ossei <input type="checkbox"/> Ulcere della bocca, nausea, vomito, perdita di appetito, perdita di peso <input type="checkbox"/> Costipazione o diarrea <input type="checkbox"/> Mancanza di respiro o danni ai polmoni <input type="checkbox"/> Reazioni allergiche o reazioni ai farmaci <input type="checkbox"/> Potenziale di danni cardiaci	<input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Coaguli di sangue o danni ai vasi sanguigni <input type="checkbox"/> Emocromo basso, affaticamento, infezioni, o sanguinamento <input type="checkbox"/> Intorpidimento o formicolio alle dita delle mani o dei piedi	<input type="checkbox"/> Effetti collaterali sessuali, come la perdita di desiderio sessuale o infertilità <input type="checkbox"/> Eruzioni cutanee, cambiamenti di unghie <input type="checkbox"/> La disidratazione che può richiedere fluidi <input type="checkbox"/> Irritazione della vescica <input type="checkbox"/> Altri disturbi del cancro o di sangue <input type="checkbox"/> Perdita di periodi o la menopausa
--	--	--

Alcuni di questi effetti collaterali possono essere trattati con i farmaci. Altri possono migliorare con il passare del tempo. Alcuni possono essere irreversibili. Capisco che tutte le precauzioni ragionevoli saranno adottate per ridurre al minimo le complicanze. Ho la responsabilità di informare i miei fornitori se sto provando uno dei sintomi di cui sopra. Che io sia maschio o femmina, la mia terapia include farmaci che possono presentare certi o sconosciuti rischi per il feto o embrione. Devo evitare una gravidanza o evitare una gravidanza nel mio partner durante il trattamento. Discuterò le alternative per la prevenzione della gravidanza con i miei sanitari. Discuterò le mie preoccupazioni per la conservazione della fertilità con i miei sanitari.

Sono consapevole del fatto che la medicina non è una scienza esatta e riconosco che non mi sono state date garanzie per quanto riguarda i risultati della mia terapia proposta. Tale consenso è in vigore per la lunghezza del mio regime chemioterapico. Sarò richiesto di acconsentire di nuovo se il mio regime di farmaci cambiasse per qualsiasi motivo.

Firmando il presente modulo, mi rendo conto che mi è stata data l'opportunità di porre domande circa la mia diagnosi, piano di trattamento e forme alternative di trattamento, nonché i possibili effetti collaterali. L'opzione di non ricevere trattamento è stata anche discussa. Capisco che sono libero di ritirare il mio consenso e smettere questo trattamento in qualsiasi momento, mentre continuo a ricevere cure dai miei fornitori sanitari **presso HHC Cancer Institute e gli affiliati.**



Dati identificativi del paziente:

Data di nascita

Il presente consenso può essere revocato da me in qualsiasi momento, eccetto nella misura in cui è già stato invocato.

_____ M. D.

Firmato: _____
(Paziente o Rappresentante legalmente autorizzato)

Data _____ Ora: _____

Data: _____ Ora: _____

Interprete responsabile per la spiegazione delle procedure e trattamento particolare:

_____ (Interprete)