



ГБУ АО «АРХАНГЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Уважаемый пациент!

Вам установлен диагноз онкологического заболевания и предлагается лекарственное противоопухолевое лечение.

Противоопухолевая химиотерапия является одним из наиболее сильнодействующих видов лекарственного лечения, так как воздействует на клетки опухоли и метастазы. При этом необходимо знать, что химиотерапия действует также и на здоровые клетки и ткани.

ОСНОВНЫЕ ВОЗМОЖНЫЕ ТОКСИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ И ПОСЛЕ НЕЕ:

1. угнетение кроветворения - лейкопения, нейтропения (снижение числа лейкоцитов и нейтрофилов), тромбоцитопения (снижение числа тромбоцитов), анемия (снижение гемоглобина, эритроцитов), что может привести к присоединению инфекции, слабости, недомоганию в связи с малокровием;

2. со стороны желудочно-кишечного тракта - снижение аппетита, тошнота, рвота (наиболее частые побочные явления, которые можно предотвратить противорвотными препаратами), жидкий стул, нарушение глотания при воспалении слизистых оболочек ротовой полости, нарушение вкуса, изменение некоторых лабораторных показателей в связи с негативным воздействием химиопрепаратов на печень, почки;

3. воспаление влагалища и шейки матки (появление выделений, зуда, дискомфорта), кровянистых выделений из матки;

4. аллергические проявления в виде кожной сыпи, зуда кожи, повышения температуры тела, а также в редких случаях возможно развитие анафилактического шока;

5. со стороны сердечно-сосудистой системы возможны тромбозы, отеки, повышение и понижение артериального давления, аритмии, боль в груди, учащенное сердцебиение, развитие кардиомиопатии;

6. со стороны центральной и периферической нервной системы в виде головной боли, головокружения, снижения настроения, бессонницы, сонливости, нарушения ориентации, слабости, депрессии, нарушения чувствительности, онемения пальцев рук и ног и повышенной чувствительности к холоду;

7. глазные симптомы – воспаление слизистой оболочки глаза (конъюнктивит/кератит),

8. со стороны органов дыхания в виде легочного фиброза (частичного замещения легочной ткани фиброзной), пульмонита (воспаление легочной ткани),

9. со стороны кожи в виде частичного или полного облысения (потеря волос на голове, бровей, иногда - ресниц), пигментация, сухость кожи, экстравазация (непредусмотренное попадание химиопрепарата под кожу при внутривенном введении) вплоть до частичного и полного омертвления участка кожи и клетчатки (некроз), изменения ногтей, сыпь и зуд, воспаление вены по ходу введения препарата (асептические химические флебиты);

10. общие симптомы – прибавка в весе, потеря веса, боль в мышцах, суставах, костях; разрушение эмали зубов;

11. со стороны половой системы в виде нарушения менструального цикла вплоть до полного прекращения менструаций (аменорея), «приливов»; нарушение половой функции у мужчин, вторичное бесплодие у пациентов обоих полов;

ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ встречаются нечасто, развиваются в течение периода от года и нескольких лет после химиотерапии. Наиболее серьезными из них являются:

1. тератогенный эффект – развитие врожденных аномалий у плода, если мать получала химиопрепараты во время беременности или вскоре после нее, отец получал химиопрепараты во время зачатия или зачатие произошло вскоре после химиотерапии, поэтому необходима надежная контрацепция (предупреждение беременности) на весь период химиотерапии и в течение 3 -5 лет после нее;

2. развитие остеопороза и повышенной склонности к ломкости костей;

Во время проведения химиотерапии обычно назначается сопутствующая терапия, облегчающая переносимость курса лечения, корректирующая наиболее серьезные токсические эффекты лечения и тягостные симптомы основного заболевания.

С вышеизложенной информацией ознакомлен(а), на все вопросы получил(а) полное разъяснение.

Я, _____
согласен(на) на проведение лекарственного лечения онкологического заболевания. Обязуюсь строго следовать рекомендациям врача и соблюдать график лечения.

Я, _____
не согласен (на) на проведение лекарственного лечения онкологического заболевания.

Пациент _____
подпись

Дата: _____

Лечащий врач _____
подпись