



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, जोधपुर ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, JODHPUR

मेडिकल ऑन्कोलॉजी / हेमेटोलॉजी विभाग

किमोथैरेपी के प्रयोग के लिए सहमति फॉर्म

नाम यू आई डी वाई बैड नं० तिथि / समय

उम्र लिंग पुरुष/स्त्री विभाग कन्सलटेन्ट:

प्रक्रिया के लिए सहमति मैं डॉक्टर..... या उनके द्वारा नियुक्त किए गए व्यक्ति को कीमोथैरेपी प्रक्रिया करने के लिए अधिकृत करता / करती हूँ।

किमोथैरेपी का प्रयोग दवाई का नाम / रेजिमेन :

इलाज के पहले इस कोर्स के लिए आपेक्षित समय दिन है। लेकिन कोर्स की अवधि व्यक्तित्व / शरीर की प्रतिक्रिया पर निर्भर करती है। जो इलाज के कोर्स का निर्धारण करेगी। मैं समझता / समझती हूँ कि डाक्टर को किसी अप्रत्यक्ष कारण से तुरन्त प्रक्रिया करने की आवश्यकता हो सकती है। मैं किसी अन्य प्रक्रिया को करने की अनुमति देती/ देती हूँ जो मेरे हित में है, यदि विलम्ब/ देर की जाएगी तो यह नुकसान देह हो सकता है। मैं समझता / समझती हूँ कि मेरे मेरे डाक्टर अथवा अन्य कोई रेजिडेंट डाक्टर भी इस प्रक्रिया में शामिल हो सकते हैं और यह प्रक्रिया कर सकते हैं या डाक्टर की मदद कर सकते हैं।

मुझे बताया गया है कि किन परिणामों की उम्मीद की जा सकती है। जिसमें परिणाम की संभावनाएं तथा समस्याएँ जो इलाज के दौरान हो सकते हैं सम्मिलित हैं। मैं समझता / समझती हूँ कि परिणामों की गारंटी नहीं दी जा सकती। मेरे डाक्टर द्वारा विस्तार से समझा दिया है की **किमोथैरेपी** के अल्प और दीर्घकालीन अन्य प्रभाव/ दुष्प्रभाव हो सकते हैं। मेरे डाक्टर ने मुझे बताया है कि किमोथैरेपी के कारण मैं निम्नलिखित अथवा अन्य प्रभाव/ दुष्प्रभाव अनुभव कर सकता/ सकती है:

- बाल का झड़ना
- श्रवण शक्ति में कमी / संतुलन में कमी।
- भूख /स्वाद में गड़बड़ी
- गले की खराब होना
- फेफड़े को नुकसान,
- दिल की धड़कन को गति में बदलाव
- दिल का दौरा
- कब्ज, घाव, जलन उल्टी, दस्त, लिवर का खराब होना, पीलिया।
- पेशाब करने के दौरान जलन, खून का आना
- किडनी/ गुर्दे का खराब होना
- बलड शूगर का बढ़ना
- प्रजन क्षमता में कमी बांझपन, मासिक धर्म का रूकना
- नपुंसकता, हॉट फ्लेश, पुरुष स्तन का बढ़ना
- सिहरन, उंगलियों, हाथ, पैरों में कमजोरी
- मांसपेशियों में कमजोरी
- डिप्रेषन
- खून /हीमोग्लोबिन के कमी के कारण कमजोरी, जिसके लिए रक्तकण चढ़ाने की आवश्यकता हो सकती है
- सफेद रक्तकण में कमी के कारण संक्रमण का बढ़ना
- प्लेटलट में कमी, प्लेटलट चढ़ाने की आवश्यकता हो सकती है
- सूई लगाने वाले स्थान पर दर्द , दवाई का रिसाव
- पैरों में खून के थक्के का जमाव
- हड्डियों का पतला होना या कभीकभी टूट जाना
- बुखार
- एलर्जी, त्वचा पर रैश
- वजन का बढ़ना
- थकान इतियादी
- किमोथैरेपी प्रेरित कैंसर

मैं किमोथैरेपी की जटिलताओं को समझता / समझती हूँ हैं जिनकी वजह से मेरी मृत्यु भी हो सकती है।

मैं समझता है कि किमोथैरेपी के अन्य प्रभाव हो सकते हैं जिसका कि इस सहमति उल्लेख नहीं किया गया है।

मैं समझता हूँ कि यदि मुझे किसी प्रकार के अन्य प्रभाव/ दुष्प्रभाव का अनुभव होता है तो मुझे डॉक्टर/ अस्पताल को रिपोर्ट करना है।

मुझे अन्य विकल्प के बारे में बताया गया है कि यदि कोई विकल्प है तो तथा उसके संभावित एवं तुलनामक लाभ व खतरों को भी बताया गया है। मैंने सभी विकल्पों को समझने के बाद किमोथैरेपी की प्रक्रिया से गुजरने का विकल्प चुना है।

मैं समझता/ समझती हूँ कि मेरी प्रक्रिया के दौरान फोटोग्राफी या विडियोग्राफी की जा सकती है। जिसका उपयोग आंतरिक कुशल को बेहतर करने या शैक्षणिक उद्देश्य के लिए किया जाएगा।

मैं सहमति देता/ देती हूँ कि ऊपर लिखी गई प्रक्रिया, इसके लाभ, परिणाम, जोखिम व संभावित समस्याओं के बारे में मेरी समझ में आने वाली भाषा में समझाया गया है।

मरीज़ का नाम.....

मरीज़ के हस्ताक्षर / अगूठे का निशान.....

यदि मरीज़ नाबालिक हो या हस्ताक्षर करने के लिए असमर्थ हो तो मरीज़ के लिए हस्ताक्षर करने वाले

अधिकृत व्यक्ति का नाम मरीज़ से रिश्ता

हस्ताक्षर /अगूठे का निशान

डाक्टर/ सहमति लेने वाले के के हस्ताक्षर.....

दिनांक..... समय.....



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, जोधपुर
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, JODHPUR

DEPARTMENT OF MEDICAL ONCOLOGY/ HEMATOLOGY

CHEMOTHERAPY CONSENT FROM

Name UID: ward: Day care/ IPD bed
Date/ Time Age Sex

Diagnosis Consultant:

I hereby authorize Dr. _____ (Treating physician) and /or assistants as may be selected by him/her to administer the following chemotherapy Medication/protocol _____ to treat my disease. The stipulated duration of treatment is _____ days. However, I understand that the actual duration of treatment depends on how human body react to the treatment. I completely understand the possibilities of unexpected, life threatening events during treatments; which may necessitate urgent medical resuscitation by the treating team. I hereby authorize the treating team to do all needful procedure, in my good fate.

I have been informed about the expected outcome of the treatment, which includes possible treatment responses and possible side effects. I understand that the treatment outcome are just probabilities and there is no guaranty of treatment outcomes.

I have been explained the short term and long term consequences of chemotherapy in detail by my treating doctor. The doctor explained following and other effects of the chemotherapy treatment observed by patients under treatment.

- Hair fall
- Impairment of hearing/ balance
- Loss / alteration of taste/appetite
- Oral ulcers
- Throat/ nasal congestion or infection
- Lung infection/ injury
- Change in heart rate
- Heart attack
- Constipation/ Diarrhoea
- Vomiting/ Acidity/ pain abdomen
- Jaundice/ liver injury
- Urinary problems/ dysuria/ haematuria
- Kidney dysfunction
- Change in blood sugar levels
- Infertility/ low sperm count/ loss of oocytes
- Mensural irregularities/ menopause/ hot flushes
- increase in size of male breast
- Fatigue
- Muscle/bone pain
- Muscle loss/weakness
- Depression
- Anaemia/ Neutropenia/ Thrombocytopenia
- Pain/ swelling/ redness at cannula site
- Extravasation of chemotherapy
- Thrombosis of veins
- Osteoporosis/ Osteopenia
- Fever
- Allergy/hyperactivity/ skin rashes
- Skin pigmentation/ depigmentation
- Weight loss or gain
- Secondary neoplasm due to chemotherapy.

I understand the complications of chemotherapy which may include death of the patient. I understand there could be other effects of chemotherapy which might other than mentioned above. In situation of any adverse event noticed by me during treatment, I will report to the doctor/ hospital.

I have been informed about the available alternative to chemotherapy and the comparison of effect and side effects between the two treatment options. I have opted to underwent chemotherapy after thorough discussion and understanding. I give my consent for photography/ videography during treatment which may be used for internal quality control of care and academic purpose.

I have been told the above mention information in a language understood by me and I give my consent for administration of above mention treatment after understanding the potential risks and complications of the treatment.

Patient name:
Patient signature/ left thumb impression:
Signature of parents/ legal guardian (In case of minor or patient unable to understand):
Name of legal guardian and relation:

Consent taken by

Name

Designation

Date/ time