



## Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat (Immuno-Onkológiai terápiához)

Beteg neve:.....

TAJ:

Születési hely:..... születési idő:

Lakcím, ahol tartózkodik:.....

.....

Tervezett beavatkozás:.....

Diagnózis:.....

A beavatkozást végző orvos neve:.....

### Kedves Betegünk!

Gyógyulása reményében orvosai immuno-onkológiai terápiát javasoltak Önnek. Ez a kezelési mód a szervezet daganatellenes védekezőképességének helyreállításában igyekszik segíteni.

#### Az immuno-onkológiai terápia célja:

Az immuno-onkológiai terápia célja, hogy a szervezet saját, daganatellenes immunvédekezését helyreállítsa a daganatos sejtek által tönkretett állapotából. Célunk e kezelés alkalmazásával a daganat növekedésének megállítása, a tumor méretének csökkentése, lehetőség szerint a kimutatható daganat nélküli állapot elérése. Törekszünk továbbá az Ön tüneteinek enyhítésére (pl. fájdalom) és a lehetőségekhez képest legjobb életminőség elérésére.

#### Hogyan hat az immuno-onkológiai terápia?

Nem közvetlenül az osztódó daganatos sejteket pusztítja el, hanem a szervezet saját, immunvédekezésben résztvevő sejtjeit (limfociták) mozgósítja és aktivizálja. Az immuno-onkológiai terápia hatása lassan (átlagosan 2-3 hónap alatt) alakul ki. A kezelési mód sajátosságából adódóan előfordulhat, hogy a daganat mérete a kezdeti időszakban akkor is növekszik, ha a terápia sikeres. A kezelés hatásosnak tekinthető, ha a fent említett célokat vagy azok nagyobb részét elértük. A hatásosnak bizonyult terápiát hosszabb ideig alkalmazzuk. A terápia hatása a gyógyszer adagolásán túli időszakban is fennmaradhat.

#### Ki nem részesülhet immuno-onkológiai terápiában?

A kezelést nem kaphatja olyan személy, akinek állapotában a kezelés romlást, vagy akár halálos szövődményt idézhet elő. Kérjük, még a kezelés előtt jelezze kezelőorvosának, ha az Ön esetében tudomása van az alábbiak valamelyikéről:

- Ismert, aktív autoimmun betegség
- Immunszuppresszív (immunrendszert gyengítő) kezelés
- HIV fertőzöttség
- Igazolt, panaszt okozó agyi áttét
- Súlyos COPD, légzési elégtelenség
- Oxigénterápia szükségessége



## FARKASGYEPÜI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: [igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu](mailto:igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu)

- Előrehaladott stádiumú tüdőfibrózis
- Korábban átvészelt súlyos akut, vagy jelenleg zajló máj- vagy vesebetegség
- Korábban kapott immunterápia során tapasztalt szövődmény
- A közeljövőben esedékes, nem halasztható műtéti beavatkozás, pl. szívműtét

Ha Ön a terápiára alkalmas és belegyezését is adja, akkor is felléphetnek mellékhatások. Ezek különböző súlyosságúak, általában jól kezelhetők, de nagyon ritkán akár halálosak is lehetnek. Egyidejűleg több mellékhatás is jelentkezhet. Azonnal értesítse kezelőorvosát, ha bármilyen mellékhatást tapasztal. Kezelőorvosa más gyógyszereket ad Önnek, hogy megelőzze a súlyosabb szövődményeket, és csökkentse az Ön tüneteit.

### **A leggyakoribb mellékhatások**

- Nem fertőzőes eredetű tüdőgyulladás, száraz köhögés, légszomj, mellkasi fájdalom kíséretében
- A bélnyálkahártya gyulladással megbetegedése, ennek jeleként hasmenés, hasi fájdalom, szurokszeklet, hányinger, hányás
- A hormonmirigyek, különösen a pajzsmirigy gyulladással megbetegedése alakulhatnak ki. Tünete lehet a gyors szívverés, súlyváltozás, fokozott verejtékezés, hajhullás hidegérzet, székrekedés, mélyülő hang, izomfájdalom, szédülés, ájulás, tartós vagy szokatlan fejfájás.
- A máj gyulladása léphet fel, amely hányingerrel, étvágycsökkenéssel, hasi fájdalommal, a bőr és a szemfehérje sárgás elszíneződésével, sötét színű vizelettel, vérzékenységgel járhat.
- A vesék gyulladása fordulhat elő, amely megváltozott mennyiségű és/vagy színű vizelettel járhat.
- 1-es típusú cukorbetegség alakulhat ki, amely szokásosnál fokozottabb étvágyal vagy szomjúsággal, gyakoribb vizeletürítéssel vagy fogyással járhat.
- Ritkábban előfordulhatnak még egyéb, súlyos mellékhatások is, ilyenek a szemgyulladás, izomgyulladás, szívizomgyulladás vagy hasnyálmirigy-gyulladás.
- A korábban ismert autoimmun betegségek fellángolhatnak
- Az infúziók adásával összefüggő reakciók léphetnek fel, amelyek leggyakoribb tünetei a légszomj, viszketés vagy kiütés, szédülés és láz.

A mellékhatások az alkalmazott gyógyszertől és az Ön szervezetének egyéni reakciójától függően alakulhatnak ki. A mellékhatások korai felismerés esetén visszafordíthatóak. Orvosaink mindent megtesznek, hogy a mellékhatások kockázatát a minimumra csökkentsék. Bizonyos gyógyszereket, például kortikoszteroidokat alkalmazhatnak a súlyosabb mellékhatások megelőzésére és tüneteinek csökkentésére. Ha a mellékhatások súlyosak, kezelőorvosa elhalaszthatja, vagy végleg leállíthatja a kezelést.

### **A kezelés menete:**

Az immuno-onkológiai terápiás gyógyszereket intravénás infúzióként, olykor a vénába helyezett kanülön keresztül adják. A kezelés során az Ön állapotának nyomon követése érdekében többfajta vizsgálatra is sor kerülhet, melyről orvosai időben tájékoztatják Önt.

Törődjön magával!

Legyen kezelési tervének része, hogy a lehetőségekhez képest megőrizze erőnléti és általános jó egészségi állapotát! Fordítson figyelmet étrendjére, a megfelelő mozgásra és szakítson elég időt alvásra, pihenésre!

Ha állapotával vagy kezelésével kapcsolatban bármilyen kérdése van, forduljon bizalommal Orvosához!



## FARKASGYEPŐI TÜDŐGYÓGYINTÉZET

H-8582 Farkasgyepű

049/2 hrsz.

Központi telefon: +36 (89) 358-013, Titkárság: +36 (89) 358-001

Fax: +36 (89) 358-088

E-mail: [igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu](mailto:igazgatas@farkasgyepukorhaz.hu)

### Nyilatkozat az immuno-onkológiai terápia alkalmazásához

Önálló döntésre nem jogosult beteg esetében a nyilatkozatot tevő törvényes képviselő neve:

.....

A törvényességi jog minősége: .....

A kezelést végző osztály:.....

Kijelentem, hogy a leírt és elmondott információkat maradéktalanul megértettem. Az írásos és szóbeli tájékoztatóval kapcsolatban több kérdésem nincs. Tájékoztatót kaptam arról is, hogy a jelen beleegyezésemet a kezelés során bármikor visszavonhatom.

**A betegtájékoztató elolvasása és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt immuno-onkológiai terápia alkalmazásába beleegyezem:**

.....

felvilágosító orvos aláírása, Ph.

beteg aláírása

törvényes képviselő aláírása

**A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem, hogy jogom van a kezelés elutasítására. Tisztában vagyok azzal, hogy az immuno-onkológiai terápia elmaradása esetén milyen következménnyel számolhatok. Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott kezelésbe nem egyezem bele.**

.....

beteg aláírása

.....

törvényes képviselő aláírása

Farkasgyepű, 20...

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú (név, lakcím):

Tanú (név, lakcím):