



HARTFORD HEALTHCARE CONSENT TO RECEIVE CANCER THERAPIES

I understand that I have been diagnosed with _____. I am being asked to voluntarily consent and authorize the providers at Hartford Health Care Cancer Institute to prescribe and administer anti-cancer medication to treat my condition. My medications will be:

DRUG	ROUTE	FREQUENCY

The goal of my therapy is ____cure____ control of the cancer and any symptoms. These medications are powerful and are meant to treat difficult diseases. They have side effects & this consent form is meant to alert me to some of the potential complications of this treatment. My providers and nurses will provide more information about the schedule and detailed side effects of the drugs I will receive. I have been informed that anti-cancer drugs can affect the body in many different and potentially adverse, ways. Some of these side effects can be life threatening and may cause death or require hospitalization. I may also require blood transfusions. Potential reactions include, but are not limited to, the following:

<input type="checkbox"/> Muscle/bone effects <input type="checkbox"/> Mouth sores, nausea, vomiting, loss of appetite, weight loss <input type="checkbox"/> Constipation or diarrhea <input type="checkbox"/> Shortness of breath or lung damage <input type="checkbox"/> Allergic reactions or drug reactions <input type="checkbox"/> Potential for heart damage	<input type="checkbox"/> Hair loss <input type="checkbox"/> Blood clots or damage to blood vessels <input type="checkbox"/> Low blood counts, fatigue, infections, or bleeding <input type="checkbox"/> Numbness or tingling in fingers or toes	<input type="checkbox"/> Sexual side effects, such as loss of sexual drive or infertility <input type="checkbox"/> Skin rashes, changes in nails <input type="checkbox"/> Dehydration which may require fluids <input type="checkbox"/> Bladder irritation <input type="checkbox"/> Other cancer or blood disorders <input type="checkbox"/> Loss of periods or menopause
---	--	--

Some of these side effects can be treated with medications. Others may improve with the passage of time. Some can be irreversible. I understand that all reasonable care will be taken to minimize complications. I have the responsibility to notify my providers if I am experiencing any of the above mentioned symptoms. Whether I am male or female, my therapy includes drugs that may present certain or unknown risks to a fetus or embryo. I must avoid becoming pregnant or avoid a pregnancy in my partner while receiving treatment. I will discuss the alternatives for pregnancy prevention with my providers. I also will discuss my concerns about fertility preservation with my providers.

I am aware that medicine is not an exact science and I acknowledge that no guarantees have been made to me concerning the results of my proposed therapy. This consent is in effect for the length of my chemotherapy regimen. I will be consented again if my regimen of drugs changes for any reason.

By signing this form, I realize that I have been given the opportunity to ask questions about my diagnosis, treatment plan, and alternative forms of treatment, as well as possible side effects. The option of not receiving treatment has also been discussed. I understand that I am free to withdraw my consent and have this treatment stopped at any time while I continue to receive care from my providers **at HHC Cancer Institute and the affiliates.**

This consent may be revocable by me at any time, except to the extent it has already been relied upon.

_____ M. D. Signed: _____
(Patient or legally authorized representative)

Date _____ Time: _____ Date: _____ Time: _____

Interpreter responsible for explaining procedures and special treatment:

_____ (Interpreter)



ZGODA NA OTRZYMYWANIE TERAPII RAKOWEJ W HARTFORD HEALTHCARE

Rozumiem, że rozpoznano u mnie _____. Poproszono mnie aby dobrowolnie wyrazić zgodę i autoryzować pracowników HealthCare Cancer Institute, do przepisania i podania mi leków przeciwnowotworowych w celu leczenia mojej choroby. Moimi lekami będą:

LEK	METODA	CZĘSTOTLIWOŚĆ

Celem mojej terapii jest kontrola _____ leczenie _____ raka i objawów. Są to silne leki przeznaczone do leczenia trudnych chorób. Mają one skutki uboczne i zadaniem tego formularza zgody jest ostrzeżenie mnie przed potencjalnymi powikłaniami mogącymi być rezultatem leczenia. Moi lekarze i pielęgniarki udzielą mi dokładniejszych informacji na temat harmonogramu i skutków ubocznych leków, które będę otrzymywał. Poinformowano mnie, że leki przeciwrakowe mogą wpływać na cały organizm na wiele różnych, potencjalnie niekorzystnych sposobów. Niektóre z tych skutków ubocznych mogą zagrażać życiu, i mogą spowodować śmierć lub konieczność hospitalizacji. Mogę również potrzebować transfuzji krwi. Potencjalne reakcje obejmują, ale nie są ograniczone do następujących:

<input type="checkbox"/> Wpływ na mięśnie/kości <input type="checkbox"/> Owrzodzenia jamy ustnej, nudności, wymioty, utrata apetytu, utrata masy ciała <input type="checkbox"/> Zaparcia lub biegunka <input type="checkbox"/> Zadyszka lub uszkodzenia płuc <input type="checkbox"/> Reakcje alergiczne lub reakcja na lek <input type="checkbox"/> Ryzyko uszkodzenia serca	<input type="checkbox"/> Wypadanie włosów <input type="checkbox"/> Skrzepy krwi lub uszkodzenia naczyń krwionośnych <input type="checkbox"/> Niski poziom krwinek, zmęczenie, infekcje lub krwawienia <input type="checkbox"/> Drętwienie lub mrowienie w palcach u rąk i nóg	<input type="checkbox"/> Seksualne skutki uboczne, takie jak utrata popędu płciowego lub niepłodność <input type="checkbox"/> Wysypki skórne, zmiany w paznokciach <input type="checkbox"/> Odwodnienie, które może wymagać płynów <input type="checkbox"/> Podrażnienia pęcherza <input type="checkbox"/> Inne zaburzenia rakowe lub krwi <input type="checkbox"/> Zatrzymanie okresów lub menopauza
--	--	--

Na niektóre z tych działań ubocznych mogą być podane leki. Inne mogą ulec poprawie wraz z upływem czasu. Niektóre mogą być nieodwracalne. Rozumiem, że zostaną podjęte należyte starania w celu zminimalizowania powikłań. Mam obowiązek powiadomić mojego lekarza, jeśli wystąpią u mnie którekolwiek z wyżej wymienionych objawów. Czy jestem mężczyzną czy kobietą, moja terapia obejmuje leki, które mogą stanowić pewne lub nieznanne ryzyko dla płodu lub zarodka. Muszę unikać zajścia w ciążę lub zapłodnienia mojej partnerki podczas trwania leczenia. Omówię metody zapobiegania ciąży z moim lekarzem. Również będę rozmawiać z moim lekarzem o obawach odnośnie zachowania płodności.

Zdaję sobie sprawę, że medycyna nie jest precyzyjną nauką i potwierdzam, że nie daje mi się żadnej gwarancji odnośnie wyników proponowanej mi terapii. Zgoda ta jest ważna na cały okres chemioterapii. Moja zgoda może być wymagana ponownie, jeśli z jakiegokolwiek powodu nastąpi zmiana podawanych mi leków.

Podpisując niniejszy formularz, stwierdzam, że dano mi możliwość zadania pytań odnośnie mojej diagnozy, planu leczenia i alternatywnych form leczenia, a także możliwych skutków ubocznych. Została również omówiona ze mną opcja nie poddania się leczeniu. Rozumiem, że mam prawo wycofania mojej zgody i przerwania tego leczenia w dowolnym momencie bycia pod opieką **HHC Cancer Institute jego jednostek zrzeszonych**.

Zgoda ta może być wycofany przez mnie w każdej chwili, z wyjątkiem w zakresie na którym już się oparto.

_____ Dr Med. Podpis: _____
(Pacjent lub prawnie upoważniony przedstawiciel)

Data: _____ Godzina: _____ Data: _____ Godzina: _____

Tłumacz odpowiedzialny za wyjaśnienie procedur i specjalnego leczenia:

_____ (Tłumacz)