Your company logo

**CONSENT FOR LU-177 PSMA THERAPY**

1. I…………………………………………………………………………... authorize Dr. …………………………………………….. and such assistants as may be selected by him/her to utilize Lu-177 PSMA therapy to treat the condition which appear indicated by the diagnostic studies already performed.
2. The procedure for treating this condition, known as Lu-177 PSMA therapy, has been explained to me.
3. I have been explained that usually 3-5 treatments of Lu-177 PSMA therapy are given every after 8-12 weeks but each treatment will be planned only after reassessing my health and response to the therapy.
4. I have been explained about the risk and possible consequences which are associated with this procedure such as:
5. Temporary reduction in blood count and white cells.
6. Transient hair loss.
7. A reduction in salivary gland function
8. A reduction in kidney function
9. Tiredness.
10. I have been advised of the necessity of follow up visits to my physician to see whether any of these risks and possible consequences has occurred.
11. My treating physician/Oncologist has explained initial line of therapy of curative intent (radical prostatectomy or primary radiotherapy), treatment options also include androgen deprivation therapy followed by chemotherapy if the disease progresses.
12. Having been informed of the nature of my condition, the need for treatment, the nature and risks of Lu-177 PSMA therapy, and possible alternatives and their risks, having been given an opportunity to ask questions, and having all my questions satisfactorily answered, I have chosen Lu-177 PSMA therapy. I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science and I acknowledge that no guarantee or assurance have been made to me about the results of Lu-177 PSMA therapy.
13. I certify that I have read and fully understand this “Special Consent to Lu-177 PSMA therapy”, and that it was fully completed prior to my signature.

DO NOT SIGN THIS FORM UNLESS FULLY COMPLETED AND UNDERSTOOD.

Witness Name and signature: ………………………………………. Signature of Patient ……………………….……………………………

Date:……………………… Time:……………………… Name of the patient ……………………………………………………

Your Company Logo

**LU-177** पी एस एम ए **के लिए सहमति**

1. पहले से किए गए नैदानिक ​​अध्ययनों एवं लक्षणों के आधार पर मैं ................................................... डॉक्टर ..................................और उनके सहायको को अधिकृत करता/ करती हूं कि, Lu-177 पी एस एम ए थेरेपी का उपयोग कर मेरा / मेरी उपचार करें।
2. Lu-177 पी एस एम ए थेरेपी की प्रक्रिया एवं प्रभाव मुझे समझाया गया है।
3. मुझे समझाया गया है कि आमतौर पर Lu-177 पी एस एम ए के 3-5 उपचार 8-12 सप्ताह के अंतराल पर दिए जाते हैं, लेकिन प्रत्येक उपचार की योजना केवल मेरे स्वास्थ्य और थेरेपी के प्रतिक्रिया को देखने के बाद की जाएगी।
4. **मुझे इस प्रक्रिया से जुड़े जोखिम और संभावित परिणामों की व्याख्या की गई है**; जो इस प्रकार **हैं;**

ए) रक्त गणना और सफेद कोशिकाओं में अस्थायी कमी।

बी) क्षणिक बालों के झड़ने।

सी) लार ग्रंथि के काम में कमी

डी) गुर्दे के काम में कमी

ई) थकान।

4. इन जोखिम और संभावित **परिणामों** को देखते हुएमेरे चिकित्सक ने आवश्यक फॉल्लो-अप की सलाह दी है।

5. मेरे चिकित्सक / ओन्कोलॉजिस्ट ने अन्य उपचार के विकल्पों उदाहरण के लिए प्रोस्टेटक्टोमी या प्राथमिक रेडियोथेरेपी या एंड्रोजन वंचित थेरेपी के बारे में भी बताया है।

6. मेरी हालत की प्रकृति, उपचार की आवश्यकता, Lu-177 पीएस एमएथेरेपी की प्रकृति और जोखिम, संभावित विकल्प और उनके जोखिम, प्रश्न पूछने का अवसर, और मेरे सभी प्रश्नों को संतोषजनक उत्तर दिया गया है, इन सभी  विकल्पों और परिणामों को जानने के बाद ही मैंने Lu-177 पीएस एमएथेरेपी चुना है। मुझे पता है कि दवा और सर्जरी की प्रैक्टिस एक सटीक विज्ञान नहीं है और मैं स्वीकार करता / करती हूं कि Lu-177 पीएस एमएथेरेपी के परिणामों के बारे में मुझे कोई गारंटी या आश्वासन नहीं दिया गया है।

7. मैं प्रमाणित करता/ करती हूं कि मैंने "Lu-177 पीएस एमएथेरेपी के लिए विशेष सहमति" को  पढा और पूरी तरह से समझ लिया है, और यह कि मेरे हस्ताक्षर से पहले पूरी तरह से पूरा हो गया था।

इस फ़ॉर्म को पूरी तरह से पढने और समझने के बाद ही हस्ताक्षर करें।

साक्षी का नाम और हस्ताक्षर: ...................................................... रोगी का हस्ताक्षर ...........................................................

तिथि:.................................समय:................................ रोगी का नाम ................................................................