Your Company Logo

**CONSENT FOR I-131 mIBG THERAPY**

1. I………………………………………………………………………... authorize Dr. …………………………………………….. and such assistants as may be selected by him/her to utilize I-131 mIBG therapy to treat the condition which appear indicated by the diagnostic studies already performed.
2. The procedure for treating this condition, known as I-131 mIBG therapy, has been explained to me.
3. I have been explained about the risk and possible consequences which are associated with this procedure, as follows:
4. Nausea (sickness) but with use of anti-sickness medicines, it should subside.
5. I May experience discomfort at the site of the tumor and depending on my tumor type. I may have some brief periods of flushing where I become very warm and my face may go red. This typically lasts for only a few minutes. I may also experience fatigue for up to two weeks after therapy.
6. This therapy can affect bone marrow cells, and this may become quite low in number. Although I may not feel any different, this will be picked up from myblood test results. Further treatments may need to be postponed until your blood cell numbers are the same as they were before the therapy.
7. 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. I have also been informed that if I am female, that the I-131 mIBG therapy may cause serious harm to unborn baby and I have been advised to become pregnant following minimum six months completion of I-131 mIBG therapy. If I am male patient, I have been explained about temporary impairment of fertility.
8. My treating physician/Oncologist has explained the alternative treatment options such as: Medicines for pain relief, Surgery – if the tumor is accessible, Chemotherapy, Radio-embolisation or chemo-embolisation, Radiofrequency ablation, other radionuclide targeted therapies such as Lutetium-177 DOTA-octreotate, Palliative care.
9. Having been informed of the nature of my condition, the need for treatment, the nature and risks of I-131 mIBG 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 I-131 mIBG 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 I-131 mIBG therapy.
10. I certify that I have read and fully understand this “Special Consent to I-131 mIBG 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

**I-131** एम आई बी जी थेरेपी **औषधि से** उपचार **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, I-131 एमआईबीजी थेरेपी का उपयोग कर मेरा / मेरी उपचार करें।
2. I-131 एमआईबीजी थेरेपी की प्रक्रिया एवं प्रभाव मुझे समझाया गया है।
3. **मुझे इस प्रक्रिया से जुड़े जोखिम और संभावित परिणामों की व्याख्या की गई है**; जो इस प्रकार **हैं;**

ए) मतली (उल्टी जैसा लगना ) लेकिन विरोधी दवाओं के उपयोग **से**, यह कम होना चाहिए।

बी) मुझे ट्यूमर प्रकार के आधार पर, ट्यूमर की साइट पर असुविधा का अनुभव हो सकता है। कुछ संक्षिप्त अवधि के लिए फ्लशिंग हो सकती है जहां मैं बहुत गर्म महसूस  कर सकता हूं और मेरा चेहरा लाल हो सकता है। यह आम तौर पर केवल कुछ ही मिनटों तक रहताहै। मैं चिकित्सा के दो सप्ताह तक थकान का अनुभव भी कर सकता हूं।

सी) यह उपचार अस्थि मज्जा कोशिकाओं को प्रभावित कर सकता है, और इनकीसंख्या में काफी कमी हो सकती है। हालांकि मुझे कोई अलग महसूस नहीं होगा, यह मेरे रक्त परीक्षण परिणामों से पता चलेगा। आगे के उपचारों को तब तक स्थगित करने की आवश्यकता हो सकती है जब तक कि रक्त कोशिका संख्याएं चिकित्सा के पहले जैसी न हों।

1. इन जोखिम और संभावित **परिणामों** को देखते हुएमेरे चिकित्सक ने आवश्यक फॉल्लो-अप की सलाह दी है। यदि मैं महिला हूं, तो यह भी सूचित किया गया है कि I-131 एमआईबीजी थेरेपी अजन्मे शिशु को गंभीर नुकसान पहुंचा सकती है और कम से कम छह महीने थेरेपी के पूरा होने के बाद ही गर्भवती होने की सलाह दी गई है। अगर मैं पुरुष हूं, तो मुझे अस्थायी बांझपनके बारे में समझाया गया है।
2. मेरे इलाज चिकित्सक / ओन्कोलॉजिस्ट ने वैकल्पिक उपचार की व्याख्या की है जैसे: दर्द राहत के लिए दवाएं, सर्जरी – अगर ट्यूमर पहुंच योग्य है, कीमोथेरेपी, रेडियो-एम्बोलिसेशन या केमो-एम्बोलिसेशन, एब्लेशन (आरएफए), अन्य रेडियोन्यूक्लाइड उपचार जैसे लुटेटियम- 177 डोटा- थेरेपी।
3. मेरी हालत की प्रकृति, उपचार की आवश्यकता, I-131 एमआईबीजी थेरेपी की प्रकृति और जोखिम, संभावित विकल्प और उनके जोखिम, प्रश्न पूछने का अवसर, और मेरे सभी प्रश्नों को संतोष जनक उत्तर दिया गया है, इन सभी  विकल्पों और परिणामों को जानने के बाद ही मैंने I-131 एमआईबीजी थेरेपी चुना है। मुझे पता है कि दवा और सर्जरी की प्रैक्टिस एक सटीक विज्ञान नहीं है और मैं स्वीकार करता / करती हूं कि I-131 एमआईबीजी थेरेपी के परिणामों के बारे में मुझे कोई गारंटी या आश्वासन नहीं दिया गया है।
4. मैं प्रमाणित करता/ करती हूं कि मैंने "I-131 एमआईबीजी थेरेपी 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 .................................