|  |  |
| --- | --- |
| ONCOL_LOGO_EN_v1  **EN ISO 9001:2015** | **O R S Z Á G O S O N K O L Ó G I A I I N T É Z E T**  **National Institute of Oncology**  Főigazgató Főorvos*: prof.* ***dr. Polgár Csaba*** *Ph.D., DSc.,*  🖂1122 Budapest, Ráth György u. 7-9. 🕿: (+36 1) 224 8600, Fax.1 224-8620 Web:www.oncol.hu  **Sugárterápiás Központ**  Központvezető: ***prof. dr. Polgár Csaba*** *Ph.D., D.Sc****.***  Tel: (+36 1) 224-8690  **Klinikai Sugárbiológiai és Onkocytogenetikai Osztály**  Osztályvezető: ***dr. Jurányi Zsolt*** *Ph.D.*  Tel.: (36 1) 224 8779  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

**Biológiai dozimetria alkalmazása nem kissejtes tüdőtumoros betegeknél szeterotaxiás ablatív sugárterápia során**

című klinikai vizsgálathoz

Kijelentem, hogy önkéntesen veszek részt abban a vizsgálatban, amely arra irányul, hogy felmérje a részemre kiszolgáltatott sugárterápiás beavatkozás néhány azonnali és késői hatását. Ehhez a laboratóriumi vizsgálathoz (amely a véremben keringő fehérvérsejtek kromoszóma sérülései alapján a károsodás mértékét határozza meg) vért adok, majd a vizsgálat eredményét kezelőorvosommal megbeszélem. A vizsgálat kezdetén kb. 16 cm3 (azaz két cső), majd az ezt követő vérvételek során kb. 8 cm3 (azaz egy cső) vérvétel történik. A vérvétel akkor történik, amikor kezelőorvosomat kontroll vizsgálatok céljából egyébként is felkeresem. Ezen kívül a tüdőben bekövetkező változások nyomonkövetése érdekében légzésfunkciós vizsgálatokra is sor kerül.

Kezelőorvosom felvilágosított, hogy az eredmények felhasználása szigorúan titkosan történik. A név, a cím, és egyéb adataim, valamint egészségi állapotom kizárólag az engem vizsgáló orvosokra és rám tartoznak, rajtunk kívül illetéktelen személy kezébe nem kerülhetnek.

Az adatok végső feldolgozása szintén név nélkül történik. Vizsgálati eredményeimnek azonnali hatása nem lesz, de a kellő számú vizsgálati eredményből levont következtetések hozzásegítik betegtársaimat, hogy a későbbiekben kedvezőbb kezelési feltételekben részesüljenek és a kedvezőtlen utóhatások mérsékeltebbek legyenek.

Beteg neve: …………………………… Kórlapszáma: ………………………………

………………………………………….. ……………………………………………..

Beteg aláírása, dátum Betegtájékoztatást végző orvos aláírása

………………………………………….. ………………………………………………

A vizsgálat vezetője: Dr. Jurányi Zsolt