

Patient agreement to systemic anti-cancer therapy (SACT)

সিস্টেমিক অ্যান্টি-ক্যান্সার থেরাপি (স্যাঙ্কট)-এর জন্য রোগীর সম্মতি

(Add name of regimen/protocol)
(চিকিৎসা পদ্ধতি/প্রোটোকলের নাম যোগ করুন)

Hospital/NHS Trust/NHS Board:
হাসপাতাল/এনএইচএস ট্রাস্ট/ এনএইচএস বোর্ড:

Responsible consultant:
দায়িত্বপ্রাপ্ত কনসালটেন্ট:

Name:
নাম:

Job title:
পদের নাম:

Patient details রোগীর বিবরণ

Patient's surname/family name:
রোগীর পদবি/পারিবারিক নাম:

Patient's first name(s)
রোগীর নামের প্রথম অংশ(গুলো):

Date of birth:
জন্মতারিখ:

NHS number:
(or other identifier)
এনএইচএস নম্বর:
(বা অন্য কোনো শনাক্তকারী)

Special requirements:
(e.g. other language/other communication method)
বিশেষ প্রয়োজনীয়তা:
(যেমন: অন্যান্য ভাষা/অন্যান্য যোগাযোগ পদ্ধতি)

Name of proposed course of treatment (include brief explanation if medical term not clear. Include regimen or protocol name and list drug names in full. Specify the indication, route, schedule of administration and location of treatment.)

প্রস্তাবিত চিকিৎসা কোর্সের নাম: (যদি চিকিৎসা সংক্রান্ত শব্দটি স্পষ্ট না হয়, তাহলে সংক্ষিপ্ত ব্যাখ্যা দিন। চিকিৎসা পদ্ধতি বা প্রোটোকলের নাম অন্তর্ভুক্ত করুন এবং ওষুধের নাম পূর্ণভাবে লিখুন। চিকিৎসার উদ্দেশ্য, প্রয়োগের পদ্ধতি, সময়সূচি এবং চিকিৎসা প্রদানের স্থান উল্লেখ করুন।)

Regimen:

চিকিৎসা পদ্ধতি:

Indication for treatment (the cancer type):

চিকিৎসার নির্দেশিত কারণ (ক্যান্সারের ধরণ):

Route(s) of administration (tick all that apply):

ওষুধ গ্রহণের মাধ্যম(গুলো) (প্রযোজ্য সবগুলোতে টিক চিহ্ন দিন):

☐ Intravenous ☐ Subcutaneous ☐ Oral ☐ Other:
শিরায় ত্বকের নিচে মুখে অন্যান্য:

Frequency (treatment days and length of cycle):

ফ্রিকোয়েন্সি (চিকিৎসা কতদিন পরপর হবে এবং কতদিন ধরে চলবে):

Prepared by Pharmacist: Alia Nizam
Checked by Pharmacist: Rena Chauhan
Approved by: Adam Januszewski UK SACT Board
রোগীর নোটে রাখা হবে
প্রস্তুতকারী ফার্মাসিস্ট: আলিয়া নিজাম
যাচাইকারী ফার্মাসিস্ট: রিনা চৌহান
অনুমোদনকারী: অ্যাডাম ইয়ানুশেভস্কি ইউকে স্যাঙ্কট বোর্ড

Date of issue: July-26; Version: 6; Review date: July-29

Check cruk.org/sact_consent for latest version

Regimen/Protocol Name:

ইস্যু করার তারিখ: জুলাই-২৬; সংস্করণ: ৬; রিভিউয়ের তারিখ: জুলাই - ২৯

সর্বশেষ সংস্করণের জন্য cruk.org/sact_consent চেক করুন

চিকিৎসা পদ্ধতি/প্রোটোকলের নাম:

Duration of treatment (number of cycles):

চিকিৎসার সময়কাল (সাইকেলের সংখ্যা): _____

☐ A separate consent form must be completed for radiotherapy

রেডিয়েথেরাপির জন্য একটি পৃথক সম্মতি ফর্ম পূরণ করতে হবে

☐ Participation in a clinical trial (trial name):

গবেষণামূলক চিকিৎসা কার্যক্রমে অংশগ্রহণ (পরীক্ষার নাম): _____

Where will I have treatment?

আমার চিকিৎসা কোথায় হবে?

☐ Outpatient ☐ Day unit/case ☐ Inpatient ☐ Other: _____

বহিরাগত রোগী

ডে ইউনিট/কেস

অভ্যন্তরীণ রোগী

অন্যান্য

Statement of health professional

স্বাস্থ্য পেশাজীবীর বিবৃতি

The intended benefits (there are no guarantees about outcome)

প্রত্যাশিত উপকারিতাসমূহ (চিকিৎসার ফল কী হবে, তা নিশ্চিতভাবে বলা যায় না)

- ☐ Curative – to give you the best possible chance of being cured.
নিরাময়মূলক - আপনাকে নিরাময় করার সম্ভাব্য সর্বোত্তম সুযোগ দেওয়া।
- ☐ Disease control or palliative – the aim is not to cure, but to control or shrink the disease and improve both quality of life and survival.
রোগ নিয়ন্ত্রণ বা উপশমমূলক চিকিৎসা – এই চিকিৎসার লক্ষ্য রোগ সম্পূর্ণভাবে সারানো নয়, বরং রোগকে নিয়ন্ত্রণে রাখা বা রোগের বিস্তার হ্রাস করা এবং রোগীর জীবনমান ও বেঁচে থাকার সময় দুটোই উন্নত করা।
- ☐ Adjuvant – therapy given after surgery or radiotherapy to reduce the risk of the cancer coming back.
অ্যাডজুভেন্ট – অস্ত্রোপচার বা রেডিয়েথেরাপির পর দেওয়া হয় এমন চিকিৎসা, যার উদ্দেশ্য হলো ক্যান্সার আবার ফিরে আসার ঝুঁকি কমানো।
- ☐ Neo-adjuvant – therapy given before surgery or radiotherapy to shrink the cancer, allow treatment and reduce the risk of the cancer coming back
নিও-অ্যাডজুভেন্ট – অস্ত্রোপচার বা রেডিয়েথেরাপির আগে দেওয়া হয় এমন চিকিৎসা, যার উদ্দেশ্য হলো ক্যান্সারের পরিমাণ হ্রাস করা, চিকিৎসা সম্ভব করা এবং ক্যান্সার আবার ফিরে আসার ঝুঁকি কমানো।

Statement of health professional

স্বাস্থ্য পেশাজীবীর বিবৃতি

Patient identifier/label

রোগী শনাক্তকারী/লেবেল

(to be filled in by health professional with appropriate knowledge of proposed procedure, as specified in the hospital/Trust/NHS board's consent policy)

(এই অংশটি হাসপাতাল/ট্রাস্ট/এনএইচএস বোর্ডের সম্মতি নীতিমালা অনুযায়ী প্রস্তাবিত চিকিৎসা পদ্ধতি সম্পর্কে যথাযথ জ্ঞানসম্পন্ন স্বাস্থ্য পেশাজীবী দ্বারা পূরণ করতে হবে)

☒ Tick all relevant boxes

সকল প্রাসঙ্গিক বাক্সে টিক দিন

☐ I confirm the patient has capacity to give consent.

আমি নিশ্চিত করছি যে রোগীর সম্মতি দেওয়ার সক্ষমতা রয়েছে।

☐ I have explained the course of treatment and intended benefit to the patient.

আমি রোগীকে চিকিৎসা কার্যক্রম এবং প্রত্যাশিত উপকারিতা ব্যাখ্যা করেছি।

You may have one or more of the side effects listed

আপনার নিচে তালিকাভুক্ত এক বা একাধিক পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া দেখা দিতে পারে

☐ An increased risk of infection due to low white blood cells – it is harder to fight infection and you can become very ill.

শ্বেত রক্তকণিকা কমে যাওয়ার কারণে সংক্রমণের ঝুঁকি বেড়ে যাওয়া – সংক্রমণের বিরুদ্ধে লড়াই করা কঠিন হতে পারে এবং আপনি গুরুতরভাবে অসুস্থ হয়ে পড়তে পারেন।

☐ If you have a severe infection, this can be life threatening. Contact your doctor or hospital straight away if:

আপনার যদি গুরুতর সংক্রমণ থাকে তবে এটি জীবনের জন্য হুমকিস্বরূপ হতে পারে। সরাসরি আপনার ডাক্তার বা হাসপাতালের সাথে যোগাযোগ করুন যদি:

- your temperature goes over 37.5°C or over 38°C, depending on the advice given by your chemotherapy team
- আপনার কেমোথেরাপি টিমের দেওয়া পরামর্শ অনুযায়ী আপনার তাপমাত্রা 37.5 ডিগ্রি সেলসিয়াস বা 38 ডিগ্রি সেলসিয়াসের উপরে চলে যায়

- you suddenly feel unwell (even with a normal temperature)
- আপনি হঠাৎ অসুস্থ বোধ করেন (এমনকি স্বাভাবিক তাপমাত্রা অবস্থায়)

☐ Tiredness and feeling weak.

ক্লান্তি ও দুর্বল অনুভব করা।

☐ Anaemia (low red blood cells).
রক্তশুল্কতা (লোহিত রক্তকণিকা কমা)।

☐ Bruising or bleeding.
ক্ষত বা রক্তপাত।

☐ Feeling sick (nausea) and/or being sick (vomiting).
অসুস্থ বোধ করা (বমিভাব) এবং/অথবা অসুস্থ হওয়া (বমি হওয়া)।

☐ Sore mouth and ulcers.
মুখের ঘা এবং আলসার।

☐ Diarrhoea.
পাতলা পায়খানা।

☐ Constipation.
কোষ্ঠকাঠিন্য।

☐ Changes in taste.
স্বাদ পরিবর্তন।

☐ Loss of appetite.
ক্ষুধামান্দ্য।

☐ Hair thinning or hair loss.
চুল পাতলা হওয়া বা চুল পড়া।

☐ Skin rashes.
ত্বকে ফুসকুড়ি।

☐ Nail changes.
নখের পরিবর্তন।

☐ Inflammation of the hands and feet.
হাত এবং পায়ের প্রদাহ।

☐ Numbness or tingling in the hands or feet.
হাত বা পায়ের অবশভাব বা ঝিঝি অনুভব হওয়া

☐ Hearing changes or ringing in the ears.

শ্রবণশক্তির পরিবর্তন বা কানের মধ্যে শব্দ হওয়া।

☐ Problems with the eyes.
চোখের সমস্যা।

☐ Allergic reactions.
এলার্জিজেনিত প্রতিক্রিয়া।

☐ Changes in how well your lungs work.
ফুসফুসের কার্যক্ষমতার পরিবর্তন।

☐ Changes in how well your heart works.
হৃৎপিণ্ডের কার্যক্ষমতায় পরিবর্তন।

☐ Changes in how well your kidneys work.
কিডনির কার্যক্ষমতায় পরিবর্তন।

☐ Changes in how well your liver works.
লিভারের কার্যক্ষমতায় পরিবর্তন।

☐ Build-up of fluid.
শরীরের বিভিন্ন অংশে অতিরিক্ত তরল জমে যাওয়া।

☐ Tumour lysis syndrome.
টিউমার লাইসিস সিনড্রোম।

☐ Difficulty sleeping.
ঘুমতে অসুবিধা।

☐ Unstable blood sugars.
রক্তে চিনির মাত্রা অস্থিতিশীল।

☐ A risk of a second cancer.
দ্বিতীয়বার ক্যান্সারের ঝুঁকি।

☐ Flu-like symptoms
ফ্লু-এর মতো উপসর্গ।

Statement of health professional

স্বাস্থ্য পেশাজীবীর বিবৃতি

Patient identifier/label

রোগী শনাক্তকারী/লেবেল

Other information:

অন্যান্য তথ্য:

- ☐ Anti-sickness medications may cause constipation, headaches.

অ্যান্টি-সিকনেস ওষুধের কারণে কোষ্ঠকাঠিন্য, মাথাব্যথা হতে পারে।

- ☐ Steroids can cause higher blood sugars, difficulty sleeping, weight gain, weaker bones, agitation, indigestion.

স্টেরয়েড রক্তে উচ্চ শর্করা, ঘুমের অসুবিধা, ওজন বৃদ্ধি, দুর্বল হাড়, উত্তেজনা, বদহজমের কারণ হতে পারে।

- ☐ Growth factor (GCSF) injections may cause bone pain, headaches and redness at the injection site.

গ্রোথ ফ্যাক্টর (জিসিএসএফ) ইনজেকশনের কারণে ইনজেকশনের জায়গায় হাড়ের ব্যথা, মাথাব্যথা এবং লালভাব হতে পারে।

- ☐ All intravenous drugs may leak out of the vein and damage the tissue around it while being given (extravasation). It's uncommon but important to deal with quickly. Tell a nurse straight away if you have stinging, pain, colour changes, swelling around the vein.

শিরায় প্রয়োগ করতে হয় এমন সকল ওষুধ দেওয়ার সময় শিরা থেকে বেরিয়ে আশপাশের টিস্যুতে গিয়ে ক্ষতি করতে পারে (এক্সট্রাবাসেশন)। এটি বিরল হলেও দ্রুত ব্যবস্থা নেওয়া গুরুত্বপূর্ণ। শিরার আশপাশে জ্বালা, ব্যথা, রং পরিবর্তন বা ফোলা অনুভব করলে সঙ্গে সঙ্গে নার্সকে জানান।

- ☐ Changes in your memory, concentration, ability to think clearly. There can be many causes of this including your treatment, diagnosis or both.

আপনার স্মৃতিশক্তি, মনোযোগ, পরিষ্কারভাবে চিন্তা করার ক্ষমতায় পরিবর্তন। এর অনেক কারণ থাকতে পারে—যার মধ্যে রয়েছে আপনার চিকিৎসা, রোগ নির্ণয় বা দুটোই।

- ☐ Cancer and its treatment can increase your risk of a blood clot (thrombosis), causing pain, colour changes or swelling in an arm or leg, chest pain, breathlessness, or a stroke. Tell your doctor straight away if you have any symptoms.

ক্যান্সার এবং এর চিকিৎসা আপনার রক্ত জমাট বাঁধার (থ্রম্বোসিস) ঝুঁকি বাড়াতে পারে, যার ফলে বাহ বা পায়ে ব্যথা, রং পরিবর্তন বা ফোলাভাব, বুকে ব্যথা, শ্বাসকষ্ট বা স্ট্রোক হতে পারে। আপনার এমন কোনো উপসর্গ থাকলে সরাসরি আপনার ডাক্তারকে বলুন।

- ☐ You may have blood tests to check for viruses such as Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, or more unusual infections. Treatment may weaken your natural defence (immune) system, so infections like these could worsen or become active again if you've had them in the past. You may need medicines to prevent or treat infection.

হেপাটাইটিস বি, হেপাটাইটিস সি, এইচআইভি বা আরও অস্বাভাবিক সংক্রমণের মতো ভাইরাসগুলো শনাক্ত করার জন্য আপনার রক্ত পরীক্ষা করা হতে পারে। চিকিৎসার ফলে আপনার স্বাভাবিক প্রতিরোধ ব্যবস্থা (ইমিউন) দুর্বল হয়ে যেতে পারে, ফলে এ ধরনের সংক্রমণগুলো আরও খারাপ হতে পারে বা আপনার এগুলো পূর্বে হয়ে থাকলে আবার সক্রিয় হয়ে উঠতে পারে। সংক্রমণ প্রতিরোধ বা চিকিৎসার জন্য ওষুধের প্রয়োজন হতে পারে।

- ☐ Some anti-cancer medicines can damage ovaries and sperm which may lead to infertility and/or early menopause.

কিছু অ্যান্টি-ক্যান্সার ওষুধ ডিম্বাশয় ও শুক্রাণুর ক্ষতি করতে পারে, যার ফলে বন্ধ্যাত্ব বা আগাম মেনোপজ হতে পারে।

- ☐ Some anti-cancer medicines may damage the development of a baby in the womb. It is important not to become pregnant or make someone else pregnant during treatment and for several months afterwards. Use effective contraception.

কিছু অ্যান্টি-ক্যান্সার ওষুধ গর্ভের শিশুর বিকাশের ক্ষতি করতে পারে। চিকিৎসা চলাকালীন এবং পরবর্তী কয়েক মাস গর্ভবতী না হওয়া বা অন্য কাউকে গর্ভবতী না করা গুরুত্বপূর্ণ। কার্যকর গর্ভনিরোধক ব্যবহার করুন।

- ☐ Complications of treatment can very occasionally be life threatening and may result in death. The risks are different for every individual. Potentially life threatening complications include those listed on this form, but other, exceedingly rare side effects may also be life threatening.

চিকিৎসার জটিলতাগুলো খুব কম ক্ষেত্রে প্রাণঘাতী হতে পারে এবং এর ফলে মৃত্যুও ঘটতে পারে। ঝুঁকিগুলো প্রতিটি ব্যক্তির জন্য আলাদা। সম্ভাব্য প্রাণঘাতী জটিলতাগুলোর মধ্যে এই ফর্মে উল্লিখিত পার্শ্বপ্রতিক্রিয়াগুলোও রয়েছে, তবে অন্যান্য কিছু খুবই বিরল পার্শ্বপ্রতিক্রিয়াও প্রাণঘাতী হতে পারে।

Statement of health professional

স্বাস্থ্য পেশাজীবীর বিবৃতি

Patient identifier/label

রোগী শনাক্তকারী/লেবেল

Any other risks and information:

অন্য কোনো ঝুঁকি এবং তথ্য:

- ☐ I have discussed the intended benefit and risks of the recommended treatment, and of any available alternative treatments (including no treatment).
আমি প্রস্তাবিত চিকিৎসার সম্ভাব্য উপকারিতা ও ঝুঁকি, এবং অন্যান্য সকল বিকল্প চিকিৎসা নিয়ে আলোচনা করেছি (যার মধ্যে কোনো চিকিৎসা না থাকা/নেওয়া অন্তর্ভুক্ত)।
- ☐ I have discussed the side effects of the recommended treatment, which could affect the patient straight away or in the future, and that there may be some side effects not listed because they are rare or have not yet been reported. Each patient may experience side effects differently.
আমি প্রস্তাবিত চিকিৎসার পার্শ্ব প্রতিক্রিয়াগুলো নিয়ে আলোচনা করেছি, যা রোগীর উপর সরাসরি বা ভবিষ্যতে প্রভাব রাখতে পারে এবং কিছু পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া এই তালিকাভুক্ত নাও থাকতে পারে কারণ সেগুলো বিরল বা এখনও রিপোর্ট করা হয়নি। প্রত্যেক রোগী ভিন্ন ভিন্ন পার্শ্ব প্রতিক্রিয়ার সম্মুখীন হতে পারে।
- ☐ I have discussed what the treatment is likely to involve (including inpatient/outpatient treatment, timing of the treatment, blood and any additional tests, follow-up appointments etc) and location.
হাসপাতালে ভর্তি হয়ে চিকিৎসা (ইনপেশেন্ট), হাসপাতালে ভর্তি না হয়ে চিকিৎসা (আউটপেশেন্ট) চিকিৎসার সময়সূচি, রক্ত ও অতিরিক্ত যেকোনো পরীক্ষা, ফলো-আপ অ্যাপয়েন্টমেন্ট সহ যা কিছু চিকিৎসায় অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে এবং চিকিৎসার স্থান নিয়ে আলোচনা করেছি।
- ☐ I have explained to the patient, that they have the right to stop this treatment at any time and should contact the responsible consultant or team if they wish to do so.
আমি রোগীকে বুঝিয়েছি যে যেকোনো সময় এই চিকিৎসা বন্ধ করার অধিকার তাদের আছে এবং তারা যদি তা করতে চান তাহলে দায়িত্বপ্রাপ্ত কনসালটেন্ট (চিকিৎসক) বা টিমের সাথে তাদের যোগাযোগ করতে হবে।
- ☐ I have discussed concerns of particular importance to the patient in regard to treatment
রোগীর জন্য চিকিৎসা সংক্রান্ত বিশেষ গুরুত্বপূর্ণ যে উদ্বেগগুলো আছে সেগুলো নিয়ে আমি আলোচনা করেছি।

(please write details here):

(অনুগ্রহ করে এখানে বিস্তারিত লিখুন):

Clinical management guideline/Protocol compliant (please tick):

চিকিৎসা ব্যবস্থাপনা নির্দেশিকা/প্রোটোকল অনুসরণ করা হয়েছে (অনুগ্রহ করে টিক দিন)::

☐ Yes ☐ No ☐ Not available If No please document reason here:
হ্যাঁ না উপলব্ধ নেই যদি না হয় তবে অনুগ্রহ করে এখানে কারণ নথিভুক্ত করুন:

Statement of health professional

স্বাস্থ্য পেশাজীবীর বিবৃতি

Patient identifier/label

রোগী শনাক্তকারী/লেবেল

The following written information has been provided:

নিম্নে উল্লেখ করা লিখিত তথ্য সরবরাহ করা হয়েছে:

- ☐ Information leaflet for: _____
এই বিষয় সম্পর্কে তথ্যের লিফলেট:
- ☐ 24 hour alert card or SACT advice service contact details
২৪ ঘন্টার সতর্কতা কার্ড অথবা স্যাক্ট পরামর্শ পরিষেবার যোগাযোগের তথ্য
- ☐ SACT treatment record
(cruk.org/treatment-record)
স্যাক্ট চিকিৎসার রেকর্ড
(cruk.org/treatment-record)
- ☐ Other, please state: _____
অন্যান্য, অনুগ্রহ করে বলুন:

Health professional details:

স্বাস্থ্য পেশাদারের বিবরণ:

Signed: _____
স্বাক্ষরিত:

Date: _____
তারিখ:

Name (PRINT) _____
নাম (বড়ো হাতের অক্ষরে):

Job title _____
পদের নাম:

Statement of interpreter (where appropriate)

দোভাষীর বিবৃতি (যেখানে উপযুক্ত)

Interpreter booking reference (if applicable):

দোভাষী বুকিং রেফারেন্স (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):

I have interpreted the information above to the patient to the best of my ability and in a way in which I believe they can understand.

আমি উপরের তথ্য রোগীকে আমার সর্বোচ্চ সক্ষমতা অনুযায়ী ব্যাখ্যা করেছি এবং এমনভাবে উপস্থাপন করেছি যাতে তিনি তা বুঝতে পারেন বলে আমি বিশ্বাস করি।

Signed

Date

স্বাক্ষরিত: _____

তারিখ: _____

Name (PRINT)

Job Title

নাম (বড়ো হাতের অক্ষরে): _____

পদের নাম: _____

Statement of patient

রোগীর বিবৃতি

Patient identifier/label রোগী

শনাক্তকারী/লেবেল

Please read this form carefully. If your treatment has been planned in advance, you should already have your own copy of the form which describes the benefits and risks of the proposed treatment. If not, you will be offered a copy now. If you have any further questions, do ask – we are here to help you. You have the right to change your mind at any time, including after you have signed this form.

অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি মনোযোগ দিয়ে পড়ুন। যদি আপনার চিকিৎসা আগেই পরিকল্পনা করা হয়ে থাকে, তাহলে আপনার কাছে এই ফর্মের একটি কপি থাকার কথা, যেখানে প্রস্তাবিত চিকিৎসার উপকারিতা ও ঝুঁকি ব্যাখ্যা করা হয়েছে। যদি না থাকে, তাহলে এখন আপনাকে একটি কপি দেওয়া হবে। যদি আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে অবশ্যই জিজ্ঞাসা করুন—আমরা আপনাকে সাহায্য করার জন্য এখানে আছি। আপনি যেকোনো সময়, এমনকি এই ফর্মে স্বাক্ষর করার পরেও, আপনার সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করার অধিকার রাখেন।

☐ I have had enough time to consider my options and make a decision about treatment.

আমার বিকল্পগুলো বিবেচনা করার এবং চিকিৎসা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য আমি যথেষ্ট সময় পেয়েছি।

☐ I agree to the course of treatment described on this form.

আমি এই ফর্মে বর্ণিত চিকিৎসা কার্যক্রমের ব্যাপারে রাজি আছি।

A witness should sign below if the patient is unable to sign but has indicated their consent. A person with parental responsibility will be asked to sign for young people under the age of 16 years.

যদি রোগী স্বাক্ষর করতে অক্ষম হন কিন্তু সম্মতি প্রদান করেন, তাহলে একজন সাক্ষীকে নিচে স্বাক্ষর করতে হবে। ১৬ বছরের কম বয়সী কিশোর-কিশোরীদের ক্ষেত্রে, যিনি অভিভাবকীয় দায়িত্বে রয়েছেন, তাকে স্বাক্ষর করতে অনুরোধ করা হবে।

Patient's signature

রোগীর স্বাক্ষর: _____

Name (PRINT)

নাম (বেড়ো হাতের অক্ষরে): _____

Date তারিখ: _____

Person with parental responsibility/witness' signature:

পিতামাতার দায়িত্ব পালনকারী ব্যক্তি/সাক্ষীর স্বাক্ষর: _____

Name (PRINT) নাম (বেড়ো হাতের অক্ষরে): _____

Date তারিখ: _____

Copy accepted by patient: yes / no (please circle)

রোগী কপি গ্রহণ করেছেন: হ্যাঁ / না (অনুগ্রহ করে বৃত্ত চিহ্ন দিন)

Confirmation of consent

সম্মতি নিশ্চিতকরণ

(health professional to complete when the patient attends for treatment, if the patient has signed the form in advance)

(রোগী যদি আগে থেকেই ফর্মে স্বাক্ষর করে থাকেন, তাহলে রোগী চিকিৎসার জন্য উপস্থিত হলে স্বাস্থ্য পেশাজীবী এই অংশটি পূরণ করবেন।)

On behalf of the team treating the patient, I have confirmed that the patient has no further questions and wishes the course of treatment/procedures to go ahead.

রোগীর চিকিৎসা করা টিমের পক্ষ থেকে আমি নিশ্চিত করেছি যে রোগীর আর কোনো প্রশ্ন নেই এবং চিকিৎসার কার্যক্রম/পদ্ধতিগুলোর ব্যাপারে এগিয়ে যেতে চান।

Signed

স্বাক্ষরিত: _____

তারিখ: _____

নাম (বেড়ো হাতের অক্ষরে): _____

পদের নাম: _____

Important notes: (tick if applicable)

গুরুত্বপূর্ণ নোট: (প্রযোজ্য হলে টিক চিহ্ন দিন)

☐ See also advance decision to refuse treatment
চিকিৎসা প্রত্যাখ্যান করার অগ্রিম সিদ্ধান্তও দেখুন

☐ Patient has withdrawn consent
(ask patient to sign and date here)
রোগী সম্মতি প্রত্যাহার করেছেন
(রোগীকে এখানে স্বাক্ষর করতে এবং তারিখ দিতে বলুন)

Signed

স্বাক্ষরিত: _____

Date

তারিখ: _____

Prepared by Pharmacist: Alia Nizam
Checked by Pharmacist: Rena Chauhan
Approved by: Adam Januszewski UK SACT Board
রোগীর নোটে রাখা হবে
প্রস্তুতকারী ফার্মাসিস্ট: আলিয়া নিজাম
যাচাইকারী ফার্মাসিস্ট: রিনা চৌহান
অনুমোদনকারী: অ্যাডাম ইয়ানুশেভস্কি ইউকে স্যাক্ট বোর্ড

Date of issue: July-26; Version: 6; Review date: July-29

Check cruk.org/sact_consent for latest version

Regimen/Protocol Name: _____

ইস্যু করার তারিখ: জুলাই-২৬; সংস্করণ: ৬; রিভিউয়ের তারিখ: জুলাই - ২৯

সর্বশেষ সংস্করণের জন্য cruk.org/sact_consent চেক করুন

চিকিৎসা পদ্ধতি/প্রটোকলের নাম: _____

Statement of patient

রোগীর বিবৃতি

Patient identifier/label রোগী

শনাক্তকারী/লেবেল

Further information for patients

রোগীদের জন্য আরো তথ্য

Contact details (if patient wishes to discuss options later):

যোগাযোগের বিবরণ (যদি রোগী পরে বিকল্পগুলো নিয়ে আলোচনা করতে চান):

Contact your hospital team if you have any questions about cancer and its treatment.

ক্যান্সার এবং এর চিকিৎসা সম্পর্কে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকলে আপনার হাসপাতালের টিমের সাথে যোগাযোগ করুন।

Cancer Research UK can also help answer your questions about cancer and treatment. If you want to talk in confidence, call our information nurses on freephone 0808 800 4040, Monday to Friday, 9am to 5pm. Alternatively visit cruk.org for more information.

ক্যান্সার রিসার্চ ইউকে ক্যান্সার এবং চিকিৎসা সম্পর্কে আপনার প্রশ্নের উত্তর দিতেও সহায়তা করতে পারে। আপনি যদি গোপনে কথা বলতে চান তবে আমাদের তথ্য নার্সদেরকে ফ্রিফোন 0808 800 4040 নম্বরে, সোমবার থেকে শুক্রবার, সকাল 9টা থেকে বিকাল 5টা পর্যন্ত কল করুন। অন্যথায় আরো তথ্যের জন্য cruk.org দেখুন।

These forms have been produced by Guy's and St. Thomas' NHS Foundation Trust as part of a national project to support clinicians in ensuring all patients are fully informed when consenting to SACT.

গাই'স অ্যান্ড সেন্ট থমাস এনএইচএস ফাউন্ডেশন ট্রাস্ট এই ফর্মগুলো একটি জাতীয় প্রকল্পের অংশ হিসেবে চিকিৎসকদের সহায়তা করার জন্য তৈরি করেছে যাতে স্যাক্ট-এ সম্মতি দেওয়ার সময় সকল রোগীদের সম্পূর্ণরূপে তথ্য দেওয়া হয়।

The project is supported by Cancer Research UK.

প্রকল্পটি ক্যান্সার রিসার্চ ইউকে দ্বারা সমর্থিত।

This does not mean you are taking part in a clinical trial.

এর মানে এই নয় যে আপনি ক্লিনিক্যাল ট্রায়ালে অংশ নিচ্ছেন।



Guidance for health professionals

(to be read in conjunction with the hospital's consent policy)

Patient identifier/label রোগী

শনাক্তকারী/লেবেল

What a consent form is for

This form documents the patient's agreement to go ahead with the treatment you have proposed. It is not a legal waiver – if patients, for example, do not receive enough information on which to base their decision, then the consent may not be valid, even though the form has been signed. Patients are also entitled to change their mind after signing the form, if they retain capacity to do so. The form should act as an aide-memoir to health professionals and patients, by providing a checklist of the kind of information patients should be offered, and by enabling the patient to have a written record of the main points discussed. In no way should the written information provided for the patient be regarded as a substitute for face-to-face discussions with the patient.

The law on consent

See the following publications for a comprehensive summary of the law on consent. Consent: Patients and doctors making decisions together, GMC 2020 (gmc-uk.org/guidance). Reference guide to consent for examination or treatment, Department of Health, 2nd edition 2009 (doh.gov.uk).

Who can give consent

Everyone aged 16 or over is presumed to have the capacity to give consent for themselves, unless the opposite is demonstrated. For young people, it is good practice to involve those with parental responsibility in the consent discussions, unless specifically asked not to. A person with parental responsibility must sign this form for a child or young person under the age of 16. Such patients should be given the opportunity to 'assent' to treatment if they wish. If a patient has the capacity to give consent but is physically unable to sign a form, you should complete this form as usual and ask an independent witness to confirm that the patient has given consent orally or non-verbally.

When NOT to use this form

If the patient lacks the capacity to give consent, you should use an alternative form available for this purpose (dependent on patient age). A patient lacks capacity if they have an impairment or disturbance of the brain, affecting the way their mind works. For example, if they cannot do one of the following:

- understand information about the decision to be made
- retain that information in their mind
- use or weigh this information as a part of their decision making process, or
- communicate their decision (by talking, using sign language or any other means)

You should always take all reasonable steps (for example involving more specialist colleagues) to support a patient in making their own decision, before concluding that they are unable to do so. Relatives cannot be asked to sign a form on behalf of an adult who lacks capacity to consent for themselves, unless they have been given the authority to do so under a Lasting Power of Attorney or as a court deputy.

Information

Information about what the treatment will involve, its benefits and risks (including side-effects and complications) and alternatives to the particular procedure proposed, is crucial for patients when making up their minds. The courts have stated that patients should be told about 'significant risks which would affect the judgement of a reasonable patient'. 'Significant' has not been legally defined, but the GMC requires doctors to tell patients about 'significant, unavoidable or frequently occurring' risks. If patients make clear they have particular concerns about certain kinds of risk, you should ensure that they are informed about these risks, even if very small or rare. You should always answer questions honestly. Sometimes, patients may make it clear that they do not want to have any information about the options, but want you to decide on their behalf. In such circumstances, you should do your best to ensure that the patient receives at least very basic information about what is proposed. Where information is refused, you should document this on the consent form or in the patient's notes.

NHS Scotland

NHS Scotland staff should refer to Healthcare Improvement Scotland. Guidance on consent for SACT and local NHS Board guidance on consent aligned to the Scottish legal framework.

References

1. Summary of Product Characteristics for individual drugs: medicines.org.uk/emc
2. Cancer Research UK: cruk.org/about-cancer/treatment/drugs
3. Macmillan Cancer Support: macmillan.org.uk/cancer-information-and-support/treatments-and-drugs
4. Guy's and St. Thomas' NHS Foundation Trust, Chemotherapy consent form