**** **ERİŞKİN KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON MERKEZİ**

**(0422 341 0660 /4250-4252)**

Doktorum/doktorlarım adlı hastalığımın son durumu, gidişatı ve tedavi planım hakkında beni bilgilendirdiler. Tedavimi öğrendim. Verilecek tedaviyi ve bu tedaviye bağlı görülebilecek yan etkileri okudum, değerlendirdim. Anlamadığım konuları ve yabancı kelimeleri sordum, açıklamalarını doktorum/doktorlarımdan aldım.

Bütün riskleri kendi rızam ile kabul ederek doktorlarımın benim için önerdiği mobilizasyon rejiminde kullanılan **YÜKSEK DOZ CYCLOPHOSPHAMİD** kemoterapi protokolünü almayı kabul ediyorum

 Tarih: ………./………….../2010

 Hasta Adı Soyadı: İmza:

 Doktor Adı Soyadı: İmza: