VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů):

LÉČBA SPECIFICKOU ALERGENOVOU IMUNOTERAPIÍ - PODKOŽNÍ

Účel, povaha, příprava, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu/léčebného postupu:

Na základně aktuálního zdravotního stavu Vašeho dítěte byla lékařem doporučena léčba nazývaná specifická alergenová imunoterapie (jiné názvy - alergenová vakcína, hyposenzibilizace, desenzibilizace). Jedná se o léčbu dlouhodobou a pro její úspěšnost je nutné, aby jste s lékařem po celé období úzce spolupracovali.

Vzhledem k tomu, že se jedná o látku, na kterou je Vaše dítě alergické, nelze ani při správném postupu zcela vyloučit vyvolání nežádoucí reakce. Většinou je jen mírné intenzity a není důvodem k obavám ani ukončení dlouhodobé léčby. Nejčastější je místní zduření, zarudnutí a bolestivost v místě vpichu, která vznikla buď během několika minut po aplikaci vakcíny, nebo s odstupem několika hodin a může přetrvávat i několik dní. Větší místní reakce je důvodem ke snížení podávané dávky. Spíše výjimečně dochází po podání vakcíny k provokaci alergických potíží (rýma, zánět spojivek až astma) a zcela ojediněle byla pozorována závažná celková (šoková) reakce s nutností akutního ošetření a následné hospitalizace.

Jiné alternativy léčebného postupu, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

V současné době není známá jiná příčinná léčba alergického onemocnění, než alergenová imunoterapie.

Lze podávat i ve formě kapičkové – podání pod jazyk 3x týdně 8 kapek, celoročně po dobu 3 - 5 let. Výhodou je domácím prostředí, nevýhodou nutné skladování v ledničce při teplotě 2 - 8°C.

Zdravotní výkon/léčebný postup bude probíhat takto:

Léčba spočívá v injekčním podávání přesně stanovených dávek alergenu, na který je Vaše dítě přecitlivělé, v přesně stanovených časových intervalech. Alergen je podáván podkožně na zevní stranu paže a aplikace je téměř nebolestivá.

V úvodní fázi se zvyšuje dávka a koncentrace alergenu až do dávky udržovací, která je pak opakovaně podávána v měsíčních intervalech alespoň další 3 roky, což je minimální doba nutná k dosažení léčebného účinku. Léčebný alergen je upraven tak, aby u Vašeho dítěte nevyvolával žádné obtíže, naopak, úspěšná léčba vede obvykle již po prvním roce ke zmírnění příznaků.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Pro bezpečnost léčby je nutné dodržovat následující:

1. před podáním injekčního alergenu oznámit:

   a. případnou pozdní reakci po předchozím injekčním podání alergenu (výraznou a přetrvávající reakci v místě podání alergenu, zhoršení nebo nový vznik alergických potíží u Vašeho dítěte),
   b. jakoukoliv změnu zdravotního stavu dítěte i když nesouvisí s vlastním alergickým onemocněním (infekční onemocnění,nově vzniklé zdravotní potíže, nově užívané léky),
   c. plánovaná nebo prodělaná očkování;

2. Po podání injekčního alergenu je nezbytně nutné,aby Vaše dítě setrvalo minimalně 30 minut v klidu pod lékařským dohledem. Případné obtíže (svědění kůže, kopřivka, kýchání, vodnatá, rýma, svědění spojivek, kašel, dušnost, či pocit slabosti apod.), je nutné neprodleně oznámit zdravotní sestře.

V den podání injekčního alergenu se dítě musí vyvarovat výraznější fyzické zátěži, cvičení, či sprchování horkou vodou.

Další potřebná léčba:

Pro úspěšný průběh léčby doporučujeme dodržovat lékařem stanovené intervaly podávání alergenů.

V případě odkladu plánovaného termínu (např. pro akutní onemocnění) se domluvte o dalším postupu s ošetřujícím lékařem.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu.

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
V Praze dne ..... *podpis pacienta / zákonného zástupce* ..... *podpis nezletilého pacienta /* *pacienta s omezenou svéprávností*	..... *jméno, příjmení a podpis lékaře*
Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat: Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: ..... *jméno, příjmení a podpis svědka*	