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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): **SUBKUTÁNNÍ (PODKOŽNÍ) ALERGENOVÁ IMUNOTERAPIE**	

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Jedná se o léčbu dlouhodobou a pro její úspěšnost je důležité, abyste s lékařem po celé období spolupracoval/a. Léčba spočívá v injekčním podkožním podávání přesně stanovaných dávek alergenu, na který jste přecitlivělý/á, v daných časových intervalech. V úvodní fázi léčby se zvyšuje dávka a koncentrace alergenu až do dávky udržovací, která se pak opakovaně podává (obvykle v intervalu 4-6 týdnů) po dobu 3-5 let, což je nezbytné k dosažení žádoucího efektu léčby.

Možná rizika: vzhledem k tomu, že se jedná o látku, na kterou jste alergický/á, nelze ani při správném postupu zcela vyloučit vyvolání nežádoucí reakce. Většinou je jen mírné intenzity a není důvodem k obavám, ani k ukončení dlouhodobé léčby. Nejčastější je místní zduření, zarudnutí a bolestivost v místě vpichu, které vznikají buď časně během několika minut po aplikaci vakcíny, nebo s odstupem několika hodin, a mohou přetrvávat několik dnů. Větší místní reakce je důvodem ke snížení podávané dávky. Spíše výjimečně dochází po aplikaci vakcíny k provokaci alergických obtíží (kopřivka, alergická rýma, zánět spojivek až astma) a zcela ojediněle byla pozorována závažná celková (šoková) reakce s nutností akutního ošetření a následné hospitalizace.

Před podáním injekčního alergenu je nutné oznámit případnou pozdní reakci po předchozím injekčním podání alergenu - výraznou a přetrvávající reakci v místě podání alergenu, zhoršení Vám známých alergických obtíží či výskyt nově vzniklých alergických příznaků, změnu zdravotního stavu i když nesouvisí s vlastním alergickým onemocněním (infekční onemocnění, jakékoli jiné zdravotní potíže, nově užívané léky, těhotenství apod.) plánovaná nebo prodělaná očkování.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Sublinguální alergenová imunoterapie - výhodou je podávání pod jazyk (sublinguální), užíváte ji doma dle schématu. Nevýhodou alternativního výkonu je častější užívání (3x týdně, eventuálně denně).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Alergen je podáván podkožně do zadní strany paže. Po podání injekčního alergenu setrváte v klidu 20-30 minut pod lékařským dohledem. Případné potíže (svědění kůže, kopřivka, kýchání, vodnatá rýma, svědění spojivek, kašel, dušnost, pocit slabosti apod.) je nutné neprodleně ohlásit zdravotní sestře nebo lékaři.

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Pracovní neschopnost ani zdravotní způsobilost nebývá při běžném průběhu změněna. V den aplikace injekčního alergenu se vyvarujte výraznější fyzické námahy, požití alkoholických nápojů, sprchování horkou vodou, návštěvy solária.

Pro úspěšný průběh léčby Vám doporučujeme dodržovat lékařem stanovené intervaly podání alergenu. V případě odkladu plánovaného termínu (např. akutní onemocnění) se domluvte o dalším postupu s ošetřujícím lékařem.

Další potřebná léčba:

Žádná

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/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

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

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

V Praze dne

....

podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka