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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

SUBLINGUÁLNÍ ALERGENOVÁ IMUNOTERAPIE (PODÁVANÁ ÚSTY POD JAZYK) – TABLETA (ACARIZAX, GRAZAX, ITULAZAX, ORALAIR 100, ORALAIR 300, RAGWIZAX)

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 pravidelném podávání tablet s přesně stanovenou dávkou alergenu, na který jste přecitlivělý/á. U tablet ORALAIR (ORALAIR 100) se zvyšuje dávka alergenu až do dávky udržovací (ORALAIR 300). Léčba probíhá 6 eventuálně 12 měsíců v roce a tableta se užívá denně.

Výhodou doporučené sublinguální (podávaná ústy pod jazyk) alergenové imunoterapie je, že nemusíte docházet na aplikaci k lékaři, nejde o injekční podání. Nevýhodou (ale i výhodou) může být každodenní podávání tabletové terapie. Alergenová imunoterapie se podává 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 svědění úst a jazyka, otok jazyka. Spíše výjimečně dochází po aplikaci tablety k provokaci alergických obtíží (astmatu, otok sliznic/kůže, potíží s polykáním, potíží s dýcháním, změn hlasu, hypotenze nebo pocitu plnosti v krku). Propuknutí celkových nežádoucích účinků může zahrnovat zrudnutí, svědění, pocit horka, celkovou nepohodu a neklid/úzkost. Zcela ojediněle byla pozorována závažná celková (šoková) reakce s nutností akutního ošetření a následné hospitalizace.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou je injekční podávání alergenu. Je nutná aplikace v ordinaci alergologa. Výhodou je současná kontrola lékařem při aplikaci. Další alternativou je podání roztoku alergenu pod jazyk. Nevýhodou může být manipulace s dávkovací pumpičkou. Tyto alergeny je nutno uchovávat při teplotě 5 - 8 °C.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Aplikujete si tabletu s obsahem alergenu pod jazyk. Je nutné dodržovat pravidelnost užívání tablet.

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

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

Pro úspěšný průběh léčby Vám doporučujeme dodržovat lékařem stanovené intervaly podání alergenu. V případě přerušení léčby (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 jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl 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 poučen v rozsahu, který je uveden výše.

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

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

....

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 se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka