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): **PROVEDENÍ PROVOKAČNÍHO TESTU S LÉKEM:**	

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

Alergie na léky je spojená s rizikem projevů alergie v podobě vyrážky s otoky, astmatické dušnosti, poruchy vědomí nebo dokonce šoku. K ověření, zda se u Vás jedná o alergii na podaný lék, Vám Váš lékař doporučil provedení provokačního testu s tímto lékem.

Přínosem vyšetření je průkaz alergie nebo tolerance konkrétního léku. Při prokázané alergii na lék je nutné se mu v budoucnu důsledně vyhnout. Tolerance léku se ověřuje jeho bezpečné použití v budoucnu.

Rizikem je vyvolání alergických projevů. Test se provádí po důkladném zvážení rizika a přínosu pro jednotlivého pacienta a pacient je pod dohledem v průběhu testu a minimálně 30 minut po jeho skončení. V případě jakýchkoli potíží vzniklých v průběhu testu pacient hlásí sestře/lékaři své potíže a eventuální alergická reakce je adekvátně zaléčena.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou jsou laboratorní a kožní testy, obvykle se provádí před testem provokačním. Je-li výsledek pozitivní, je alergie potvrzena a provokační test se neprovádí.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V den vyšetření musí být pacient v dobrém stavu, bez projevů akutního onemocnění či významných projevů alergie.

Týden předem se vynechávají systémové léky tlumící alergické projevy (antihistaminika) pro riziko ovlivnění výsledků. Chronické podávání ostatních léků se obvykle nemění. Přesto svou pravidelnou léčbu konzultujte předem s lékařem, zejména užíváte-li léky na srdce či zvýšený krevní tlak.

Lék je postupně podáván ve vzestupných dávkách pod lékařským dohledem, po každé dávce se vyčká případné reakce. Při negativní reakci se pokračuje vyšší až k běžné léčebné denní dávce.

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

Pracovní schopnost ani zdravotní způsobilost nebývá při běžném průběhu (tj. nedojde-li ke vzácné celkové reakci) změněna.

Po absolvování testů se vyvarujte výraznější fyzické námaze, požití alkoholických nápojů.

Další potřebná léčba:

Žádná

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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:

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 se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka