



Immunoflow spol.s.r.o., U Pazderek 25, 18100 Praha 8

Tel.: 286 923 150

## INFORMOVANÝ SOUHLAS SALERGENOVOU IMUNOTERAPIÍ VE FORMĚ PODJAZYKOVÝCH TABLET

### Údaje o pacientovi:

event. (u nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům) zákonných zástupců pacienta nebo svědek, který byl přítomen projevu souhlasu (nemůže-li se pacient podepsat):

Jméno a příjmení: ..... R.č. ....

Bydliště:  
.....

Důvody, pro něž pacient nemohl souhlas podepsat:

### Cíl, povaha a postup při výkonu

Alergie na roztoče domácího prachu, pyl trav a stromů se nejčastěji projevuje jako alergická rýma, zánět spojivek, kožní vyrážka nebo astmatická dušnost. Váš lékař u Vás (Vašeho dítěte) zjistil typ alergie, který je možno léčit podáváním alergenové imunoterapie ve formě tablet. Mohl(a) jste se setkat i s jinými názvy, jako např. hyposenzibilizace nebo „vakcína“. Léčba spočívá v podávání přesně stanovených dávek příčinného alergenu v určitých časových intervalech. Podle typu alergenu se celková délka léčby pohybuje mezi 3-5ti lety.

### Očekávaný přínos výkonu

Alergenová imunoterapie je jedinou skutečně **příčinnou léčbou** přecitlivělosti k daným alergenům .

### Rizika a komplikace při výkonu

Během léčby podjazykovými tabletkami budete vystaveni alergenům, které jsou v tabletě obsaženy a mohou způsobit lokální, event. vzácně i celkové alergické příznaky. Ve většině případů jsou nežádoucí účinky pouze místního charakteru (otok, nepříjemný pocit v ústech) a většinou jen v počátku léčby. Proto je první dávka podávána pod dohledem lékaře. Ve velmi vzácných případech se mohou objevit silnější alergické reakce s pocitem otoku hrdla, ztíženým polykáním, dýcháním či změnami hlasu. V tomto případě použijete léky „balíčku první pomoci“ a budete informovat svého lékaře. Léčbu ihned přerušíte a znovu zahájíte až po konzultaci s lékařem.

### Alternativní možnosti výkonu

Kromě léčby podjazykovými tabletami je k dispozici alergenová imunoterapie ve formě injekční a ve formě podjazykových kapek.

### **Upozornění**

V případě akutního onemocnění s teplotou vysadte přípravek na nezbytně dlouhou dobu. Pokud tato doba přesáhne 7dní, první aplikace po přerušené léčbě by měla proběhnout opět pod dohledem lékaře.

V případě chirurgického zákroku v dutině ústní také na několik dní přerušete podávání tabletové imunoterapie, aby se umožnilo hojení.

### **Těhotenství**

V případě otěhotnění během léčby lze velmi opatrně v léčbě při souhlasu pacientky i lékaře (a dobrého zdravotního stavu těhotné) pokračovat. V žádném případě se v těhotenství léčba nezahajuje.

### **Doplňující otázky pacienta**

### **Informace o povaze onemocnění**

*Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o plánovaném vyšetření, léčebném postupu a to včetně upozornění na možné komplikace*

### **Lékař, který pacienta poučil**

..... Datum ..... Jméno ..... Podpis

### **Souhlas pacienta**

*Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně seznámen(a) s veškerými shora uvedenými skutečnostmi, plánovaným vyšetřením, léčebným postupem včetně upozornění na možné komplikace. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl(a) jsem jim a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření.*

..... datum ..... podpis pacienta (zákonných zástupců)