

## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s aplikací alergenové imunoterapie

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Pacient(ka) –<br>jméno a příjmení:                             | Rodné číslo<br>(číslo pojištění): |
| Datum narození:<br>(není-li rodné číslo)                       | Kód zdravotní<br>pojišťovny:      |
| Adresa trvalého pobytu pacienta(ky):<br>(případně jiná adresa) |                                   |
| Jméno zákonného zástupce<br>(opatrovníka):                     | Rodné číslo:                      |

### Název výkonu

**Aplikace alergenové imunoterapie**

### Účel výkonu

Váš lékař Vám doporučil léčbu nazývanou alergenová imunoterapie (jiné názvy: alergenová vakcinace, hyposenzibilizace, desenzibilizace), která je jedinou účinnou léčbou Vaší alergie. Ostatní druhy zmírňují pouze projevy alergie. Jedná se dlouhodobou injekční léčbu (3 – 5 let) vyžadující Vaší úzkou spolupráci s lékařem. V úvodní fázi se podávají vzestupné koncentrace alergenu až do maximální dávky, která potom bude podávána dlouhodobě jako udržovací léčba v intervalu 4 – 6 týdnů.

### Povaha výkonu

#### **Před podáním injekčního alergenu**

- je nutné oznámit případnou pozdní reakci po předchozím injekčním podání alergenu (výrazná a přetrvávající reakce v místě podání alergenu, zhoršení Vám známých alergických obtíží či výskyt nových alergických příznaků)
- změnu zdravotního stavu, i když nesouvisí s vlastním alergickým onemocněním (infekční onemocnění, jiné zdravotní problémy, užívání nových léků, těhotenství apod.)
- plánovaná nebo prodělaná očkování

#### **Vlastní výkon**

- aplikace alergenu subkutánní (podkožní) injekce do paže horní končetiny

#### **Po výkonu**

- je nezbytně nutné setrvat 20 - 30 minut v klidu pod dohledem
- případné obtíže (svědění pokožky, kopřivka, kýchání, svědění spojivek, kašel, dušnost, pocit slabosti apod.) je nutné nahlásit lékaři nebo všeobecné sestře
- v den podání injekčního alergenu se vyvarujte výraznější fyzické námaze, použití alkoholových nápojů, sprchování horkou vodou

### Předpokládaný prospěch výkonu

Zmírnění alergických příznaků

### Alternativa výkonu

Podání vakcíny pod jazyk ve formě kapek nebo rozpustných tablet

### Následky výkonu

Vzhledem k tomu, že se jedná o látku, na kterou jste alergická/ý nelze vyloučit vyvolání nežádoucí reakce. Nejčastěji je místní zarudnutí a bolest v místě vpichu, které vzniká částečně během několika minut po aplikaci alergenu nebo s odstupem několika hodin, a může přetrvávat několik dní.

### Možná rizika zvoleného výkonu

Spíše výjimečně dochází po aplikaci k provokaci alergických potíží (kopřivka, alergická rýma, zánět spojivek) a zcela ojediněle byla pozorována závažné celková reakce s nutností akutního ošetření a následné hospitalizace. Trvalé následky nejsou známy.

**Souhlas:****pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

|  |     |    |
|--|-----|----|
| Byl jsem srozumitelně informován o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.   | ANO | NE |
| Byl jsem informován o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti. | ANO | NE |
| Byl jsem informován o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.   | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.  | ANO | NE |

**Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:**

|   |     |    |
|---|-----|----|
| - že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením. | ANO | NE |
| - že jsem lékařům nezamlčel žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.   | ANO | NE |
| - že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.  | ANO | NE |

| Datum | Hodina | Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|-------|--------|---|
|       |        |   |

| Jméno, příjmení lékaře, který podal informaci | Podpis lékaře, který podal informaci |
|---|--------------------------------------|
|   |                                      |

**Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:**

| <b>Jak pacient projevil svou vůli:</b>            |   |       |        |
|---|---|-------|--------|
|   |   |       |        |
| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum | Hodina |
|   |   |       |        |