

**Informovaný souhlas zákonného zástupce (opatrovníka) klienta
s léčbou specifickou alergenovou imunoterapií, podkožní aplikace (s.c.)**

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

Název výkonu

Léčba specifickou alergenovou imunoterapií, podkožní aplikace (s.c.)

Účel výkonu

Vážený rodiče,
protože se jako svéprávní jedinci podílíte na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vašeho dítěte, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informováni.

Po zhodnocení aktuálního zdravotního stavu Vašeho dítěte byla lékařem doporučena léčba nazývaná specifická alergenová imunoterapie (jiné názvy: SAIT, alergenová vakcinace, hyposenzibilizace, desenzibilizace). Byla zvolena podkožní forma aplikace (jiné názvy: subkutánní, s.c.). Jedná se o léčbu dlouhodobou. Pro její úspěšnost je nutná úzká spolupráce s lékařem.

Co je alergen?

Alergen je látka, která je schopna vyvolat u vnímavého jedince patologickou (alergickou) imunitní reakci – alergii. Alergenem může být látka přítomná např. v pylu rostlin, sekretech zvířat (roztočů, psa, kočky), potravinách nebo lécích.

Důvod (indikace) specifické alergenové imunoterapie:

jedinou příčinnou (kauzální) terapeutickou možností ovlivnění alergického onemocnění je specifická alergenová imunoterapie. V současné době není známa jiná příčinná léčba alergického onemocnění.

Cíl terapie:

zmírnění závažnosti onemocnění, zlepšení kvality života a omezení farmakoterapie.

Povaha výkonu

Režim pacienta před výkonem.

Pro bezpečnost léčby je nutné před injekční aplikací alergenu oznámit:

- plánovaná nebo prodělaná očkování,
- případnou pozdní reakci po předchozím injekčním podání alergenu (výraznou a přetrvávající reakci v místě podání alergenu, zhoršení nebo nový vznik alergických obtíží u Vašeho dítěte),
- jakoukoli změnu zdravotního stavu dítěte, i když nesouvisí s vlastním alergickým onemocněním (infekční onemocnění, nově vzniklé zdravotní obtíže, nově užívané léky).

Princip a postup provádění specifické alergenové imunoterapie.

Léčba spočívá v injekčním podávání přesně stanovených dávek alergenu, na který je Vaše dítě přecitlivělé, v přesně stanovených intervalech. Alergen je podáván podkožně, aplikace je téměř nebolestivá. V úvodní fázi léčby se zvyšuje dávka a koncentrace alergenu až do dávky udržovací, která je pak opakovaně podávána (obvykle v intervalu 4 týdnů) nejméně po dobu 3 let, což je minimální doba nutná k dosažení dlouhodobého léčebného účinku. Léčebný alergen je upraven tak, aby u Vašeho dítěte nevyvolával žádné výraznější obtíže, naopak, úspěšná léčba vede obvykle již po prvním roce ke zmírnění alergických příznaků. Doporučovaná celková doba léčby je 5 let.

Režim pacienta po provedení výkonu.

Po podání injekčního alergenu je nezbytně nutné, aby Vaše dítě setrvalo 30 minut v klidu pod lékařským dohledem. Případné obtíže po aplikaci alergenu (svědění pokožky, kopřivka, kýchání, vodnatá rýma, svědění spojivek, kašel, dušnost, pocit slabosti apod.) je nutné neprodleně ohlásit. V den podání injekčního alergenu se dítě musí vyvarovat výraznější fyzické zátěže a sprchování horkou vodou.

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

Předpokládaný prospěch výkonu

Postupné navození tolerance organismu vůči alergenu, které se projeví vymizením příznaků charakteristických pro alergická onemocnění (rýma, kašel, svědění očí).

Alternativa výkonu

Specifická alergenová imunoterapie, sublinguální (tj. podávání alergenu v kapkách pod jazyk).

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace a rizika specifické alergenové imunoterapie.

Vzhledem k tomu, že se jedná o látku, na kterou je Vaše dítě alergické, nelze ani při správném postupu zcela vyloučit vyvolání nežádoucí reakce. Většinou je jen mírné intenzity a není důvodem k obavám ani ukončení dlouhodobé léčby. Nejčastější je místní zduření, zarudnutí a bolestivost v místě vpichu, která vznikla buď časně během několika minut po aplikaci vakcíny nebo s odstupem několika hodin a může přetrvávat několik dní. Větší místní reakce je důvodem ke snížení podávané dávky. Spíše výjimečně dochází po aplikaci vakcíny k provokaci alergických obtíží (např. rýmy, zánětu spojivek, bronchiálního astmatu, kopřivky) a zcela ojediněle byla pozorována závažná celková (šoková) reakce s nutností akutního ošetření a následné hospitalizace.

Následky výkonu

Žádné

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu u osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) 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 osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná u osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE

Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE
---	-----	----

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu a dále způsob jeho provedení a možné alternativy. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu u osoby svého dítěte souhlasím.	ANO	NE
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu. V případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím i s provedením všech dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), jež by mohly nepříznivě ovlivnit její léčbu či ohrozit její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci