



Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se zrychleným podáváním alergenové imunoterapie („rush“ nebo „cluster“ metoda)

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

Zrychlené podávání 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 léčby zmírňují pouze projevy alergie. Jedná se o dlouhodobou injekční léčbu (na dobu 3-5 let) vyžadující Vaši úzkou spolupráci s lékařem.

V úvodní fázi se podávají vzestupné koncentrace alergenu až do maximální dávky, která bude potom podávána dlouhodobě jako udržovací léčba.

Schéma podávání alergenu je buď klasické s odstupy mezi jednotlivými dávkami anebo zrychlené (tzv. „rush“ nebo „cluster“ metoda), kdy je v jednom dni podáno i několik dávek alergenu. Zrychlené podávání alergenu má velký časový a ekonomický význam (dosažení udržovací léčby ve výrazně kratší době již před začátkem alergické sezony, omezení počtu návštěv u lékaře atd.).

Povaha výkonu

Před výkonem je nezbytné!

- být bez manifestních projevů alergie (astma, alergická rýma, kožní alergie), bez přítomnosti infektu, bez jiných závažných onemocnění (autoimunitní a nádorová onemocnění atd.),
- neužívat některé léky (betablokátory).

Vlastní výkon

Při zrychleném podávání alergenové imunoterapie se snažíme co nejdříve dosáhnout udržovací dávky alergenu. Proto v jednom dni podáváme podkožně několik dávek alergenu dle individuální snášenlivosti pacienta. Před výkonem Vám bude preventivně zavedena kanylka do periferní žíly a budete dostávat léky snižující Vaši reaktivitu (antihistaminika).

Po výkonu

Vzhledem k tomu, že se jedná o ambulantní výkon, tak je třeba, abyste před odchodem domů počkali v našem zařízení nejméně 3-4 hod po poslední aplikaci alergenu.

V případě event. pozdějších zdravotních problémů musíte vyhledat zdravotnické zařízení v místě Vašeho bydliště.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Významné zkrácení úvodní fáze alergenové imunoterapie, což přináší pro pacienta časovou úsporu, snížení nákladů na léčbu a dřívější dosažení udržovacích dávek a tím i dřívější nástup léčebného efektu

Alternativa výkonu

Klasické schéma aplikace alergenových vakcín – ztrácí se však výše uvedené výhody.

Možná rizika zvoleného výkonu

Vzhledem k tomu, že Vám budeme injekčně podávat látku, na kterou jste alergický/á, nelze ani při správném postupu zcela vyloučit vyvolání nežádoucí reakce. Většinou je reakce jen mírné intenzity a není důvodem k obavám ani přerušení léčby.

Nejčastější je místní zduření, zarudnutí a bolestivost v místě vpichu, které odezní do několika minut až hodin. Výjimečně dochází po aplikaci vakcíny k provokaci alergických potíží (alergická rýma, zánět spojivek, kopřivka, astma). Zcela ojediněle byla pozorována závažná celková (šoková) reakce (celková kopřivka, svědění kůže, otok obličeje, dechové potíže, pokles tlaku, šokový stav) s nutností akutního ošetření a hospitalizace.

Následky výkonu

Trvalé následky nejsou známy. Nežádoucí reakce jsou přechodného rázu (viz výše) a dle statistických vyhodnocení jsou stejně časté a závažné jako při klasickém způsobu podání injekčních alergenových vakcín.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu 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.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) 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(a), měl(a) 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(a) 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:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacient souhlas svým podpisem.

Ověřte všechny identifikační údaje pacienta, zda jsou platné. Znovu ověřte, zda pacient všemu rozumí a souhlasí s výkonem.

Pokud došlo ke změně osobních údajů pacienta nebo pacient s něčím nesouhlasí, je nutné vyplnit nový IS.

Datum	Souhlas pacienta	Podpis pacienta	Jmenovka a podpis lékaře, který podal informaci
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím.		