

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Kožní diagnostické testy v alergologii

Identifikační štítek
pacienta

Indikace a účel provedení

Cílem testů je přesné stanovení alergenu odpovědného za vyvolané onemocnění alergické etiologie a současně pomoci k určení složení léčebného alergenu, který je později nemocnému aplikován v rámci specifické imunoterapie.

Příprava k výkonu

5 – 7 dnů před výkonem neužívat antihistaminika a kortikoidy.

Vyšetření

Podezřelý alergen je aplikován v minimálním množství drobným vpichem do povrchných vrstev kůže. Celkový počet sledovaných alergenů je 10 - 15. Test se odečítá po době 15 - 20 minut.

Rizika vyšetření

Všeobecně jsou velmi malá. Ojediněle se v místě testu může objevit výraznější zarudnutí spojené se svěděním, jindy zhoršení rýmy, spojivkové reakce, mimořádně kašel, dušnost, kopřivková reakce. Pacient je však pod stálou kontrolou a uvedené příznaky lze pomocí vhodných léků potlačit.

Alternativy vyšetření nejsou žádné.

Režimová opatření

Po výkonu nejsou nutná žádná režimová opatření, pouze mechanicky nedráždit místa vpichů.

Pacient (jméno, příjmení, rodné číslo): _____

Já, níže podepsaný, tímto prohlašuji, že jsem byl poučen o výkonu: **Kožní diagnostické testy v alergologii.**

Prohlašuji, že mi bylo sděleno a vysvětleno:

- Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu nebo služby.
- Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu.
- Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byl jsem poučen o možnosti volby.
- Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych indikujícímu lékaři i lékaři specialistovi **kladl doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek.**

Na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji tedy svůj **svobodný, informovaný souhlas s vyšetřením.**

Rovněž souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů, nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne _____ hod _____

Podpis pacienta _____
či zákonného zástupce

Podpis lékaře, jmenovka _____

Podpis svědka¹ _____

¹ jméno a podpis svědků poučení souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat.