

*Informovaný souhlas pacienta s výkonem****Injekční léčba alergenovou imunoterapií***Identifikační štítek
pacienta**Indikace a účel provedení**

Váš lékař Vám doporučil léčbu nazvanou alergenová imunoterapie (jiné názvy – alergenová vakcinace, hyposenzibilizace, desenzibilizace). Jedná se o léčbu dlouhodobou a pro její úspěšnost je nutné, abyste s lékařem po celé období úzce spolupracoval/a. Jejím účelem je zmírnění alergických reakcí při kontaktu organismu s alergenem.

Příprava k výkonu**Před podáním injekčního alergenu je nutné oznámit**

- případnou pozdní reakci po předchozím injekčním podání alergenu (výraznou a přetrvávající reakci v místě podání alergenu, zhoršení Vám známých alergických obtíží či výskyt nově vzniklých alergických příznaků),
- změnu zdravotního stavu, i když nesouvisí s vlastním alergickým onemocněním (infekční onemocnění, jakékoli jiné zdravotní obtíže, nově užívané léky, těhotenství apod.),
- plánovaná nebo prodělaná očkování.

Popis výkonu

Léčba spočívá v injekčním podávání přesně stanovených dávek alergenu, na který jste přecitlivělý/á. Vakcíny se aplikují subcutánně (podkožně) na zevní straně paže. V počáteční fázi léčby se zvyšuje dávka a koncentrace alergenu až do dávky udržovací, která se pak opakovaně podává (obvykle v intervalu 4 - 6 týdnů) nejméně po dobu 4 - 5 let, což je nezbytné k dosažení žádoucího efektu léčby.

Úspěšná léčba vede obvykle již po prvním roce ke zmírnění alergických příznaků.

Rizika výkonu

Vzhledem k tomu, že se jedná o látku, na kterou jste alergický/á, nelze však ani při správném postupu zcela vyloučit vyvolání nežádoucí reakce. Většinou je jen mírné intenzity a není důvodem k obavám ani k ukončení dvoudobé léčby. Nejčastější je místní zduření, zarudnutí a bolestivost v místě vpichu, která vzniká 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 (kopřivka, alergická rýma, zánět spojivek až astma) a zcela ojediněle byla pozorována závažná celková (šoková) reakce s nutností akutního ošetření a následné hospitalizace.

Alternativy výkonu

U některých alergenů je možná vakcinace v jiné formě – perorální podání, po domluvě s lékařem a dostupnosti uvedené vakcíny.

Režimová opatření

Po podání injekčního alergenu je nezbytně nutné setrvat 20-30 minut v klidu pod lékařským dohledem. Případné obtíže (*svědění pokožky, kopřivky, kýchaní, vodnatá rýma, kašel, dušnost, svědění spojivek, pocit slabosti apod.*) je nutné neprodleně ohlásit zdravotní sestře. V den podání injekčního alergenu se vyvarujte výraznější fyzické zátěži, požití alkoholických nápojů, sprchování horkou vodou.

Pro úspěšný průběh léčby Vám doporučujeme dodržovat lékařem stanovené intervaly podání alergenu. V případě odkladu plánovaného termínu (např. pro akutní onemocnění) se domluvíte o dalším postupu s ošetřujícím lékařem.

Pacient (jméno, příjmení, rodné číslo): _____

Já, níže podepsaný, tímto prohlašuji, že jsem byl poučen o výkonu: **Injekční léčba alergenovou imunoterapií.**

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.