

**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce** **pacienta**

**s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)**

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* Expoziční test s alergenem a ambulantně zahájená desenzibilizace (navození tolerance/snášenlivosti k alergenu)

***2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:***

* podezření na alergii na příslušný alergen
* ověření tolerance nebo nutnost navodit toleranci k alergenu

(pozn. Ošetřující lékař vybere a zaškrtne jednu z výše uvedených diagnóz odpovídající zdravotnímu stavu konkrétního pacienta.)

***3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:***

* Expoziční test s alergenem spočívá v podávání suspektního alergenu za účelem ověření přecitlivělosti na tuto látku nebo naopak jejím vyloučení. Alergen bude podáván parenterálně (injekčně), perorálně (ústy) nebo lokálně (na kůži nebo sliznici) dle charakteru testované látky. Tento test je zpravidla používán v diagnostice alergií na léky a potraviny, kde mohou být ostatní vyšetřovací postupy nedostatečné. Přistupujeme k němu zpravidla až po vyčerpání všech ostatních diagnostických možností. U potravinových alergií nám stanovení příčinného alergenu pomůže sestavit vhodný jídelníček, který je základem léčby této formy alergického onemocnění. Slouží také k ověření tolerance vůči potravině, na kterou byl pacient původně alergický, avšak tato alergie již vyhasla a další vyřazení z jídelníčku tedy již není nutné. U lékových alergií slouží nejen k potvrzení podezření přecitlivělosti na konkrétní léčivou látku (případně skupinu látek), ale slouží také k ověření tolerance na lék náhradní.
* Krátkodobou desenzibilizaci (navození tolerance, snášenlivosti) používáme zejména u lékových alergií tam, kde je i přes známou přecitlivělost k danému léku nutno tento lék užívat. Ambulantně může být provedena jen v některých případech, dle odborného posouzení ošetřujícího lékaře. V ostatních případech je nutné tuto léčbu provést za hospitalizace optimálně na monitorovaném lůžku. Tento postup se uplatňuje zejména u tzv. aspirinové senzitivity, kde může dlouhodobé podávání kyseliny acetylsalicylové (aspirinu) zmírnit projevy onemocnění.

***4. Rizika zdravotního výkonu:***

* Hlavním rizikem výkonu je zejména alergická reakce. Tato reakce může být mírná – zejména svědění, vyrážka, celková slabost, nebo závažnější – zejména bolesti břicha, průjem, zvracení, dušnost, astmatický záchvat, sípání či závratě. V nejzávažnějším případě může dojít až k celkové alergické reakci – anafylaxi, kdy dochází k poklesu krevního tlaku, kolapsovému stavu, bezvědomí a rozvoji šoku. Anafylaktická reakce může být život ohrožující.

***5. Alternativy zdravotního výkonu:***

* + nejsou žádná alternativní řešení
  + bez provedení zdravotního výkonu zejména hrozí, že nebude možné správně určit diagnózu alergie, sestavit bezpečný jídelníček nebo najít vhodnou alternativu k léku, na který pacient udává alergii a tudíž nebude možná léčba onemocnění, pro které má být lék podáván.
  + ***6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:***
  + Způsob provedení testu i další opatření mají minimalizovat riziko komplikací, takže po jeho provedení pacient odchází pacient do domů bez dalších omezení. Může být požádán, aby v dalších dnech o svém zdravotním stavu informoval ošetřujícího lékaře.
  + Pokud v průběhu testu dojde k rozvoji mírnější alergické reakce, mohou být pacientovi podány látky, které mohou působit tlumivě a způsobit ospalost. V takovém případě není doporučeno řídit dopravní prostředky.
  + Pokud dojde k rozvoji závažné reakce, může být nutné pacienta hospitalizovat po dobu nutnou ke zvládnutí této komplikace.
  + Pokud dojde ke vzniku alergické reakce v domácím prostředí je v případě závažnějších potíží nutné ihned vyhledat lékařskou pomoc. Při mírnějších potížích může postačovat použití antihistaminik, případně kortikosteroidů v domácím prostředí, pokud jimi byl pacient vybaven.

***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* Pokud dojde k závažné alergické reakci s nutností hospitalizace, tak předpokládaná doba této hospitalizace odpovídá době nutné pro zvládnutí této reakce a zpravidla ještě krátkodobé sledování po jejím odeznění.

***Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):***

* Po nekomplikovaném průběhu testu zpravidla nejsou nutná žádná omezení v běžném životě. Nedoporučuje se větší fyzická či psychická zátěž v den testu.

***Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:***

* Po nekomplikovaném průběhu testu zpravidla nejsou nutná žádná omezení v běžném životě. Nedoporučuje se větší fyzická či psychická zátěž v den testu.

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* Změny zdravotní způsobilosti mohou nastat jen v případě závažné nežádoucí reakce.

***7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):***

* V den provedení testu není vhodná větší fyzická nebo psychická zátěž
* V následujících dnech je třeba sledovat projevy možné reakce na podaný alergen a vznik takové události hlásit ošetřujícímu lékaři.
* Po provedení testu můžete být lékařem vybaveni léky určenými k řešení méně závažné alergické reakce. Při jejich použití postupujte dle uvedeného doporučení.
* Při závažné alergické reakci, které se projevuje zejména dušností, pískoty při dýchání, celkovou slabostí, bušením srdce, zmateností, poruchami polykání či řeči je okamžitě nutné vyhledat lékařskou pomoc.

***8. Záznam o poučení pacienta/zákonného zástupce pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek***

Lékař prohlašuje, že poskytl pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

***9. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce pacienta:***

***Prohlášení lékaře:***

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne……………. ……………………………

**Podpis a jmenovka lékaře**

***Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:***

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně

provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

*Pro zákonného zástupce pacienta:*

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý).

*Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

V Praze, dne……………

…………………………… NEBO ………………………….....

**Podpis zákonného zástupce pacienta Podpis pacienta [[1]](#footnote-1)\***

***Identifikace zákonného zástupce pacienta:***

1) Jméno a příjmení: .……………………...……………….Datum narození: .……………….

Vztah k pacientovi: .…………………………………………………………………………….

1. \* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta. [↑](#footnote-ref-1)