Ústav imunologie 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM
PROVEDENÍ EXPOZIČNÍHO TESTU S ALERGENEM

1. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):

- Podezření na alergii na příslušný alergen nebo ověření tolerance.

2. Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):

- Expoziční test s alergenem spočívá v podávání suspektního alergenu za účelem ověření alergie na tuto noxu nebo naopak jejím vyloučení. Tento test je zpravidla používán v diagnostice alergií na léky a potraviny, kde mohou být ostatní vyšetřovací postupy nespolehlivé. 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 nebo vyloučení podezření přecitlivělosti na konkrétní léčivou látku (případně skupinu látek), ale slouží také k ověření tolerance na lék náhradní.

3. Rizika zdravotního výkonu:

- Vzhledem k tomu, že pacientovi je podávána látka, u které předpokládáme, že na ni může být alergický, tak je třeba počítat především s možností alergické reakce. Tato reakce může být mírná (svědění, vyrážka, celková slabost), nebo závažnější (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.
- Pokud jsou testovaným alergenem léky, je nutné počítat také s možnými nežádoucími účinky jiného charakteru nežli alergická reakce, které odpovídají nežádoucím účinkům zmiňovaným v souhrnu údajů o přípravku.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Nejsou.

5. 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 vniku alergické reakce již v domácím 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 observaci po jejím odeznění.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): v případě nekomplikovaného průběhu testu není pracovní neschopnost nutná. V případě komplikací závisí tato doba na jejich závažnosti.

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.

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

- Po dobu testu a následné domluvené doby observace není vhodné používat nezvyklou kosmetiku a konzumovat nezvyklou stravu a tekutiny a není vhodné se ani zdržovat v nezvyklém prostředí a vykonávat činnosti, které pacient nedělá pravidelně.
- 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 doporučení.
- Při závažné alergické reakci, které se projevuje zejm. dušností, pískoty při dýchání, celkovou slabostí, bušením srdce, zmateností, poruchami polykání či řeči je okamžitě nutné vyhledat lékařskou pomoc.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a 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.

V Praze, dne……20…… v……hod. ……..…….....

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a 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/a jsem jim a měl/a 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 výkonu u osoby mnou zastupované, 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/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas můžu kdykoliv odvolat.

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……20…… v……hod. ……...……..……..……

Podpis pacienta* /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení: …….……

Datum narození: …… Vztah k pacientovi: ....…….…….……

* 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.