

Informovaný souhlas s prováděním alergenové imunoterapie (tabletové pylové)

Vzhledem k Vaší chorobě považujeme za vhodné zahájení specifické alergenové imunoterapie (AIT). Tato léčba by měla potlačit alergickou složku Vaší choroby a příznivě tak ovlivnit samotnou příčinu Vašich potíží a současně preventivně zakročit vůči dalšímu rozvoji alergií podmíněného chorobného procesu. Nejde o léčbu universální - variantou je podávání standardních léků, které jsou obvykle vysoce účinné, ale příčinu Vaší choroby nemohou ovlivnit. **Upozorňujeme, že tato léčba nemusí být vždy plně úspěšná**, její efekt se posuzuje nejdříve po skončení příslušné pylové sezony, po které se v rámci běžné kontroly se domluvíme na dalším pokračování v léčbě (obecně 3-5 let, resp. odpovídajících pylových sezon). **Probíhající AIT není důvodem k přerušení sledování pacienta, ani k nepoužití protialergických běžných léků** v souladu doporučením alergologa.

Rizika medikace:

Léčba spočívá v pravidelném denním podávání přesně dávkovaných tablet pod jazyk v období předsezonním až sezonním (leden až únor až cca konec července) a neměla by být v tomto období přerušována. Je třeba proto dbát na včasnou objednávku dalšího (udržovacího) balení tablet. V případě event. přerušování aplikace se pacient vystavuje zvýšenému riziku nežádoucích reakcí.

Léčba může mít nežádoucí účinky. 1) tyto jsou v naprosté většině slabé a přechodné. **Jde zejména o svědění a jiné dráždění v oblasti úst (tzv. orální alergický syndrom)**, méně otok rtů či sliznice ústní dutiny nebo zažívací potíže. Tyto nežádoucí projevy se objevují nejčastěji bezprostředně po zahájení léčby a obvykle do několika dnů až týdnů mizí. 2) velmi vzácně se mohou vyskytnout i závažnější nežádoucí příznaky, a to obvykle jako projevy odpovídající zhoršení základního onemocnění tj. kašel, rýma, dušnost, svědění očí, nebo jako projev kožní tj. kopřivka nebo jako projev zažívací např. průjem. **O případném výskytu těchto či jiných neobvyklých problémů je třeba informovat svého alergologa.** 3) v úvahu připadá i těžká celková alergická tzv. anafylaktická reakce, která může pacienta až ohrozit na životě. Tento typ reakce však nebyl po dobu historie vybraného léku zaznamenán.

V prevenci event. nežádoucích projevů je třeba, aby lék nebyl bez konzultace alergologa aplikován zejména v případě zvýšené teploty, nachlazení nebo při infekci, a dále při zánětech nebo jiných postiženích sliznice ústní dutiny. Je třeba alergologa informovat zejména o nastalé graviditě, při závažných změnách zdravotního stavu nebo změnách medikace, při výskytu nečekaných nežádoucích reakcí po podání tohoto léku a **při přerušování aplikace o déle než 14 dnů.**

Poučení pacienta:

Mimo výše uvedené byly prezentovány další podrobnosti o v úvahu přicházejících nežádoucích projevech, o jejich prevenci a léčbě a o požadavcích na skladování. Aplikace první dávky léku proběhne před předepisujícím lékařem, přičemž bude prezentováno úvodní balení léku vč. informační minibrožury.

Potvrzuji, že jsem četl(-a) výše uvedené, že jsem byl(-a) informován(-a) o dalších podrobnostech souvisejících s navrženou léčbou, a že jsem měl(-a) dostatek času klást otázky a zvážit svoje postoje, a konečně že sděleným informacím rozumím a s navrženou léčbou tj. sublinguální tabletovou alergenovou imunoterapií souhlasím.

V Brně dne:.....

.....
Jméno a Podpis pacienta + RČ

.....
Jméno a Podpis lékaře

Informovaný souhlas s prováděním alergenové imunoterapie (tabletové)

Zpracování dat pro vědecké a studijní účely:

Souhlasím, aby neindividualizované údaje o mne (tedy nikoli jméno pacienta, ale nejvýše jeho iniciály a nikoli rodné číslo, ale nejvýše datum narození), mém zdravotním stavu a mojí léčbě byly zpracovány pro účely – a to výhradně pro účely - vědeckého výzkumu nebo zdravotnického vzdělávání a mohly takto být event. publikovány. **Vždy musí být zaručeno soukromí pacienta** a se všemi informacemi o pacientovi se musí zacházet jako s důvěrným materiálem.

Lékař může povolit oprávněným pracovníkům výzkumného týmu nebo oprávněným organizacím inspekci části dokumentace v rámci kontroly sběru dat, ale vždy opět pod podmínkou, že bude zaručeno soukromí pacienta, a že se všemi informacemi bude zacházeno jako s důvěrným materiálem.

Tento souhlas nebude mít žádné důsledky pro obvyklou léčbu a péči, která je pacientovi lékařem poskytována. Podepsaný může kdykoli svůj souhlas odvolat bez udání důvodu.

Potvrzuji, že jsem četl(-a) výše uvedené, že jsem měl(-a) dostatek času klást otázky a zvážit svoje postoje, a konečně že sděleným informacím rozumím a souhlasím se zpracováním svých dat pro vědecké a studijní účely za výše uvedených podmínek.

V Brně dne:.....

.....

Jméno a Podpis pacienta

.....

Jméno a Podpis lékaře