

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Epikutánní test

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován epikutánní test.

Co je epikutánní test:

Epikutánní test slouží k vyšetření kontaktní přecitlivělosti a její vyvolávající příčiny. Pokud trpíte kontaktní přecitlivělostí na některou látku, může u Vás tato látka vyvolávat ekzémové či jiné kožní projevy. Účelem testu je případné odhalení takové látky.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Tento test může přispět ke zjištění příčiny Vašich kožních potíží.

Alternativy výkonu:

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Týden před testováním, a po dobu testování, je nutné přerušit užívání protialergických léků (antihistaminika) a kortikosteroidních mastí na oblast zad.

Testování se neprovádí v období zhoršení kožního onemocnění, dále při výrazném postižení kůže zad, netestuje se kůže silně opálená a kvůli větší potivosti kůže nelze testy provádět v teplých letních měsících.

V případě výraznějšího ochlupení u mužů je nutné oholení kůže zad.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Na kůži zad nebo horních končetin se nalepí náplasti s kruhovými políčky, na které se nanese testovaná látka. Testované látky jsou nejčastěji ve formě mastí nebo kapalin. Náplasti zůstávají připevněny na kůži 48 až 72 hodin, poté jsou lékařem sejmuty. Výslednou reakci kontroluje lékař zpravidla dvakrát - po 48 a 72 hodinách po nalepení. V některých případech, je nutné provést hodnocení testů i v delším intervalu, například po týdnu od nalepení testů. K testování se používají neregistrované léčebné prostředky, které jsou schválené v rámci specifického léčebného programu.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Po nalepení náplastí může být pociťováno svědění, které může přetrvávat po celou dobu testování.

Na testované kůži se mohou objevit ekzémová ložiska (ve formě zarudlých svědících až mokvavých pupínků), která lze následně zklidnit místní léčbou. Dále je možné celkové oživení stávajících kožních potíží v době testování.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Během celé doby, od nalepení náplastí až do dne posledního odečtu, se nesmí plocha s testy sprchovat. Dále je třeba zamezit nadměrnému zapocení testované kůže, nesmíte se opalovat. Testovací náplasti sami neodstraňujte. Pokud by docházelo k uvolňování testovacích náplastí, můžete její okraje připevnit dalším pruhem nealergizující leukoplasti.

Po sejmutí testovacích náplastí lékařem je umístění jednotlivých testů na kůži barevně označeno pro možnost přesného odečtu pozdějších reakcí.

I když budou již testovací náplasti sejmuty, testovanou kůži neošetřujete krémy, dokud lékař nesvolí.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
-----------	--	--------	--	-----------------	--

Plánovaný výkon:

Epikutánní test

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka