

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM – EPIKUTÁNNÍ TEST

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován epikutánní test.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě vašeho zdravotního stavu doporučil **EPIKUTÁNNÍ TEST**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu:

Tento test může přispět ke zjištění příčiny Vašich kožních potíží.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

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.

Průběh výkonu:

Na kůži zad nebo horních končetin se nalepí náplastí s kruhovými políčky, na které se nanese testovaná látka. Testované látky jsou nejčastěji ve formě mastí nebo kapalin. Někdy se testují i látky pevné. Náplastí zůstávají připevněny na kůži 48 až 72 hodin, poté jsou v ambulanci sejmuty. Výslednou reakci kontroluje lékař zpravidla dvakrát. Poprvé při sejmutí náplastí, tedy za 48 až 72 hodin po nalepení, podruhé za dalších 24 hodin po první kontrole. Ve výjimečných případech, pokud to prodloužený průběh reakce vyžaduje, je nutné provést hodnocení testů i v delším intervalu, například po týdnu od nalepení testů.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Po nalepení náplastí může být pociťováno svědění, které může přetrvávat po celou dobu testování. K možným nežádoucím účinkům epikutánního testování patří dlouhodobější přetrvávání pozitivní reakce na kůži ve formě zarudlých svědících až mokvavých pupínků, které lze následně zklidnit místní léčbou. Dále je možné celkové oživení stávajících kožních potíží v době testování.

Alternativy výkonu:

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Před testováním Vám lékař sdělí, jakým způsobem upravit dávkování některých léků, které by mohly ovlivnit výsledek testování. Jedná se zejména o léky používané k léčbě alergických onemocnění, jako jsou například antihistaminika a kortikoidy. Jinak testování nevyžaduje speciální přípravu, jen v případě výraznějšího ochlupení testované partie u mužů je nutné oholení kůže zad.

Testování se neprovádí v období zhoršení kožního onemocnění, dále při výrazném poškození kůže zad, netestuje se kůže silně opálená, nelze testovat pacienty užívající léky tlumící imunitu.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Po nalepení testovacích náplastí až do jejich odstranění lékařem nesmíte testovanou kůži sprchovat, je třeba zamezit nadměrnému zapocení testované kůže, nesmíte se opalovat. Testovací náplasti sami neodstraňujte. Pokud by docházelo k uvolňování testovací náplasti, 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 neomývejte vodou ani ji neošetřujete krémy, dokud lékař nesvolí.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne:

Jmenovka a podpis lékaře:

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: Podpis pacienta (zákonného zástupce):

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: