

Možná omezení v důsledku výkonu

Po provedeném testu nemá pacient/ka většinou žádná omezení, pokud nedojde k rozvoji již výše popsaných alergických projevů.

Léčebný režim, preventivní opatření

V den vyšetření musí být pacient/ka v dobrém stavu, bez projevů akutního onemocnění či významných projevů alergie, chronická onemocnění by měla být ve fázi stabilizace. V případě, že pacient/ka užívá chronicky léky tlumící alergické projevy (antihistaminika, kortikoidy), není nutno je vysazovat. Chronické podávání ostatních léků se také obvykle nemění.

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem.

Byl/a jsem poučen/a o zásadách provedení indukce lékové tolerance a byl/a jsem upozorněn/a na možná rizika, která jsou s podáním spojena. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s navrhovaným zdravotním výkonem.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dnev.....hod.

.....
Podpis zákonného zástupce
(je-li třeba)

.....
Podpis pacienta/tky

.....
Jmenovka a podpis lékaře/řky

Hradec Králové dnev..... hod.

