

## Informovaný souhlas pacienta s léčbou gamaglobuliny

Váš lékař Vám doporučil léčbu nitrožilními gamaglobuliny (lidskými protilátkami) či léčbu gamaglobuliny aplikovanými injekčně do svalu (intramuskulárně).

Aplikace je prováděna z důvodu nedostatečné tvorby vlastních protilátek a snížení obranyschopnosti organismu. Má zabránit nevratnému poškození životně důležitých orgánů. V souvislosti s podáním se mohou vyskytnout některé nežádoucí reakce. Nejčastěji se jedná o kožní projevy (zarudnutí, svědění kůže), bolesti hlavy, bolesti břicha, kloubů, zrychlení dechu a tepu, zvýšení krevního tlaku či přechodně zvýšená teplota. Závažné reakce se vyskytují u méně jak 1 % léčených nemocných, jsou vratné a odeznívají do několika hodin. Ve vzácných případech mohou lidské gamaglobuliny způsobit celkové kožní příznaky, stah průdušek, pokles krevního tlaku. Jedná se o příznaky vystupňované alergické reakce (šoku).

Všechny tyto projevy je třeba oznámit okamžitě ošetřujícímu zdravotnímu personálu.

Nitrožilní gamaglobuliny jsou aplikovány v infuzích na stacionáři pod dohledem zdravotnického personálu a pacient je propuštěn do domácího prostředí 30 minut po ukončení infúze ve stabilizovaném stavu bez zdravotních komplikací.

Při aplikaci gamaglobulinu do svalu setrvává pacient preventivně v čekárně po dobu 30 minut. Opuštění zdravotnického zařízení je možné pouze tehdy, pokud je pacient ve stabilizovaném stavu bez zdravotních komplikací.

Tato léčebná metoda nemá v současné medicíně alternativu. Pokud jsou dodržována doporučená bezpečnostní opatření při podání, nebyly závažné život ohrožující komplikace u tohoto léčebného postupu zaznamenány.

Byla jsem srozumitelně seznámena/n s mám zdravotním stavem a s jeho možným vývojem. Byl/a jsem poučen/a se zásadami léčby intravenózními (intramuskulárními) gamaglobuliny a byl/a jsem upozorněna 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 lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

**Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dne .....v.....hod.**

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

.....  
Podpis pacienta/tky

.....  
Jmenovka a podpis lékaře/řky

**Hradec Králové dne .....v..... hod.**