

شركة التأمين الصحي أو متحمل النفقات / Krankenkasse bzw. Kostenträger		العيادة / الختم / Praxis/Stempel	
الاسم الأول للمؤمن عليه / Name, Vorname des Versicherten			
المولود / geb. am			
الحالة / Status	Versicherten-Nr. / رقم المؤمن عليه	Kassen-Nr. / رقم التأمين الصحي	
التاريخ / Datum	Arzt-Nr. / رقم الطبيب	Betriebsstätten-Nr. / رقم المنشأة	

ورقة معلومات حول العلاج

معلومات للمرضى عن العلاج المناعي المحدد تحت اللسان

عزيزنا المريض،

بواسطة العلاج المناعي المحدد، يمكن أن يُطوّر الجسم قدرته الطبيعية على التحمّل في كثير من الحالات، من خلال تناول المستمر لمسببات الحساسية. وإذا نجح العلاج فيمكن أن يعتاد جسمك مجدداً على مسببات الحساسية خلال فترة المعالجة ويصبح أقل حساسية لها (يخضع سبب الحساسية للعلاج!). وفي الغالب يكون هناك تأثير إيجابي أيضاً على فرط الحساسية وقابلية العدوى في الأغشية المخاطية. وفيما يُسمّى العلاج المناعي تحت اللسان، يتم أخذ العلاج على هيئة محاليل سائلة أو أقراص. كما يوصى بالمعالجة إذا تعدّر تجنب مسببات الحساسية بالقدر الكافي، وكانت المعالجة بالأدوية العرَضِيَّة غير مُرضية. مع العلم أن ذلك لا يُسبب حساسية جديدةً. وبدلاً من ذلك، قد تتباين طريقة إعطاء مسببات الحساسية (إعطاء مسببات الحساسية عن طريق الحقن تحت الجلد في العضد على فترات منتظمة في عيادة طبيب، بدلاً من إعطاء مسببات الحساسية تحت اللسان)، إذا توفرت المستحضرات المناسبة وكانت سمات حالتك الشخصية تسمح بذلك.

يرجى مراعاة النقاط التالية للتأكد من نجاح معالجتك أو معالجة طفلك:

1. يعتمد النجاح على التزامك بالعلاج (التناول اليومي!). وبما أن المعالجة موصى بها على مدى 3 سنوات، فأنت مُطالب بقدر عالٍ من التعاون. ويُرجى ألا تشارك في المعالجة إلا إذا كنت واثقاً من رغبتك في تنفيذ العلاج على نحو موثوق ومن قدرتك على الالتزام به (لأن ذلك يمكنك الاستفادة من علاجك بأكثر قدر ممكن).
2. زُر طبيبك بانتظام لإجراء الفحوصات، واحصل على وصفة المتابعة في الوقت المناسب. ومن أجل تحقيق نتيجة علاج مثالية وطويلة الأمد (بعد انتهاء العلاج!)، يُوصى بفترة علاج مدتها 3 سنوات.
3. ينبغي أن تؤخذ الجرعة الأولى في العيادة وتحت إشراف طبيبك. مما يضمن تناول الأقراص أو القطرات بشكل صحيح. مع العلم أن القدرة على تحمّل العلاج المناعي تحت اللسان جيدة جداً. ويمكن أن تحدث شكاوى موضعية مثل الحكّة في تجويف الفم أو الحلق، ومن النادر أن يحدث تورم في الأغشية المخاطية. في هذه المناطق، وتكون مؤقتة غالباً في المرحلة الأولى وتندر شكاوى الجهاز الهضمي. كما أنه من النادر جداً حدوث ردود فعل تحسسية عامة شديدة، وحتى الآن لم تحدث إلا بصورة مُتقطّعة لدى المرضى الذين يعانون من ربو غير منضبط. ناقش هذه الآثار الجانبية مع طبيبك.
4. يُرجى إبلاغ طبيبك فوراً إذا كنت ستخلع سنّاً أو تخطط لإجراء عمليات أخرى في تجويف الفم، أو إذا كنت تعاني من التهاب في تجويف الفم، أو ستتناول دواءً جديداً، أو في حالة الحمل. ويُرجى أيضاً قراءة تعليمات الاستخدام الموجودة في عبوة الدواء بعناية.
5. لذلك يُرجى الالتزام بالمواعيد المتفق عليها أو إبلاغ طبيبك في وقت مبكر بما فيه الكفاية، إذا كنت تظن أنك لن تستطيع الحضور في أحد المواعيد.
6. يُرجى التحدث مع طبيبك حول ما يجب فعله عند ظهور آثار جانبية إذا كنت تعاني من أمراض أخرى (مثل الإنفلونزا وتفاقم الربو)، وتذكّر مواعيد الفحوصات الدورية و مواعيد استلام الوصفات الطبية لدى طبيبك.
7. يُرجى اتباع هذه التعليمات، حتى تكون المعالجة ناجحة قدر الإمكان وبلا آثار جانبية! ولا تحل المعلومات الواردة أعلاه محل قراءة نشرة المعلومات، بل يمكن اعتبارها مجرد معلومات إضافية وحسب. ويمكنك معرفة معلومات مهمة أخرى من طبيبك، خلال مناقشة توضيحية قبل بدء المعالجة.

ملاحظات طبية أخرى (مثل المخاطر الفردية):

إقرار بالموافقة على العلاج المناعي المحدد تحت اللسان

لقد قرأتُ وفهمتُ المعلومات المتعلقة بمرض الحساسية لدي وخيارات المعالجة المتاحة لي. وأبلغني طبيبي عن العلاج المناعي المُقرَّر وخيارات المعالجة البديلة، وأوافق على شكل العلاج المُقرَّر والمستحضر المختار، وذلك بعد أن أخذت ما يكفي من الوقت للتفكير في ذلك. وتم الرد على أسئلتني حول هذه المعالجة بشكل شامل. كما أبلغني طبيبي عن أي آثار جانبية قد تحدث، وأنا أدرك أنه لا يمكن التنبؤ بنجاح الشفاء بشكل مؤكد. وسأتصل بطبيبي عند حدوث أي آثار جانبية. ويمكنني العثور على مزيد من المعلومات في تعليمات الاستخدام المتوفرة. وبالإضافة إلى ذلك يظل بإمكانني الاتصال بطبيبي لأي استفسارات.

أؤكد أنه ليس لدي أي أسئلة أخرى.

المكان	التاريخ	توقيع المريض (الممثل القانوني، إن وُجد*)
المكان	التاريخ	توقيع الطبيب
		ختم العيادة

* إذا كان كلا الوالدين يملكان حق الحضانة، ووقع أحدهما فقط، فإنه يُقر من خلال هذا التوقيع أن الوالد الآخر قد أبدى موافقته، أو أن المُوقِّع يملك حق الحضانة وحده.

STALLERGENES  GREER
Life beyond allergy