

Krankenkasse bzw. Kostenträger / Медичний страховальник або платник			Praxis/Stempel/
Name, Vorname des Versicherten / Прізвище, ім'я застрахованої			
geb. am / дата			
Kassen-Nr. / Номер	Versicherten-Nr. / Номер застрахованої	Status /	
Betriebsstätten-Nr. / Номер медичної	Arzt-Nr. / Номер	Datum /	

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ ПРО ЛІКУВАННЯ

Інформація для пацієнтів про специфічну сублінгвальну імунотерапію

Шановний пацієнте, шановно пацієнтко!

Завдяки специфічній імунотерапії, яка передбачає постійний прийом відповідного алергену, в багатьох випадках організм здатен розвинути свою природну толерантність. Якщо лікування буде успішним, у його процесі ваш організм зможе звикнути до алергену і стане менш чутливим до нього (причину алергії буде виліковано!). Також нерідко спостерігається позитивний вплив лікування на надмірну чутливість слизових оболонок та їх сприйнятливості до інфекцій. При так званій сублінгвальній імунотерапії (під язик) для лікування застосовуються рідкі розчини або таблетки. Таке лікування рекомендується, якщо повністю уникнути контакту з алергенами неможливо, а застосування симптоматичних лікарських засобів не дає задовільних результатів. Воно не викликає нових алергічних реакцій.

Крім того, спосіб введення алергену (ін'єкція під шкіру на передпліччі через певні проміжки часу в кабінеті лікаря замість прийому алергену під язик) можна також змінити; необхідними умовами для цього є наявність відповідних лікарських засобів та ваші індивідуальні особливості.

Щоб ваше лікування або лікування вашої дитини було успішним, зверніть увагу на наступні моменти:

1. Успіх терапії залежить від дотримання вами режиму лікування (щоденний прийом!). Оскільки лікування рекомендується проводити протягом 3 років, то це вимагає від вас особливої дисципліни. Беріть участь у лікуванні тільки якщо ви впевнені, що хочете та зможете провести терапію належним чином (оскільки тоді ймовірність користі від лікування буде найвищою).
2. Регулярно відвідуйте лікаря для контролю лікування та вчасно отримуйте наступні рекомендації. Для досягнення оптимального та довготривалого результату терапії (та після її завершення!) рекомендована тривалість лікування становить 3 роки.
3. Перше прийняття препарату повинно проходити в кабінеті лікаря та під його наглядом. Це необхідно для контролю правильності прийняття таблетки або крапель. Переносимість сублінгвальної імунотерапії дуже добра. Можуть виникати місцеві небажані реакції, наприклад, свербіж у ротовій порожнині або горлі та, у рідкісних випадках, набряк слизової оболонки на цих ділянках, які зазвичай є тимчасовими явищем під час початкової фази. Небажані реакції у шлунково-кишковому тракті виникають рідко. Тяжкі загальні алергічні реакції трапляються вкрай рідко, до цього часу вони спостерігалися лише в поодиноких випадках у пацієнтів з неконтрольованою астмою. Обговоріть ці побічні ефекти з вашим лікарем.
4. Будь ласка, негайно повідомте лікаря, якщо вам видалили зуб, якщо ви плануєте інші операції в ротовій порожнині, якщо у вас виникло запалення в ротовій порожнині, якщо ви приймаєте нові лікарські засоби або якщо ви завагітніли. Будь ласка, уважно прочитайте інструкцію про медичне застосування лікарського засобу, яка знаходиться в пакованні.

5. Завжди приходьте на узгоджений прийом у лікаря або заздалегідь повідомляйте лікаря про неможливість призначеного візиту.

6. Обговоріть зі своїм лікарем, що варто робити у разі виникнення побічних ефектів, якщо у вас з'являться інші захворювання (наприклад, грип, загострення астми), і не забувайте про регулярні візити до лікаря для контролю та отримання рецептів.

7. Щоб лікування було максимально успішним і не мало побічних ефектів, дотримуйтеся цих інструкцій! Вищенаведене пояснення не замінює уважне ознайомлення з інструкцією про медичне застосування лікарського засобу та може слугувати лише додатковою інформацією. Лікар надасть вам детальну важливу інформацію під час консультації перед початком лікування.

Інші коментарі лікаря (наприклад, про індивідуальні ризики):

Інформована згода на проведення специфічної сублінгвальної імунотерапії

Я прочитав(-ла) і зрозумів(-ла) інформацію про моє алергічне захворювання та можливі варіанти лікування. Мій лікар поінформував мене про заплановану імунотерапію та альтернативні варіанти лікування та надав мені достатньо часу на роздуми. Після цього я погоджуюся із запланованою формою терапії та обраним лікарським засобом. На мої запитання щодо цього лікування мені було надано вичерпні відповіді. Мій лікар поінформував мене про можливі побічні ефекти, а я усвідомлюю, що успіх лікування не можна спрогнозувати з повною впевненістю. Якщо виникнуть побічні ефекти, я звернуся до лікаря. Більш детальну інформацію я можу знайти в наданій мені інструкції про медичне застосування лікарського засобу. Крім того, я можу завжди зв'язатися з лікарем.

Я підтверджую, що не маю більше запитань.

Місце	Дата	Підпис пацієнта (або законного представника*)
-------	------	---

Місце	Дата	Підпис лікаря	Печатка лікаря
-------	------	---------------	----------------

* Якщо обоє батьків мають право опіки, а підписує лише один з них, він/вона своїм підписом заявляє, що другий з батьків надав/ла свою згоду або що підписант має право одноосібної опіки.