

Больничная касса или плательщик			Клиника/печать:
Фамилия, имя страхователя			
Дата рождения			
№ кассового аппарата	№ страхователя	Статус	
№ предприятия	№ врача	Дата	

ИНФОРМАЦИЯ О ТЕРАПИИ

Информация для пациентов о специфической сублингвальной иммунотерапии

Уважаемая пациентка, уважаемый пациент!

При специфической иммунотерапии, предполагающей постоянный прием соответствующего аллергена, во многих случаях организм способен выработать естественную толерантность к этому аллергену. В результате успешного лечения ваш организм может привыкнуть к аллергену и стать менее чувствительным к нему (будет устранена причина аллергии!). Часто это также благоприятно сказывается на гиперчувствительности и восприимчивости слизистых оболочек к инфекциям. При так называемой сублингвальной иммунотерапии (лекарство помещается под язык) используется лекарственный препарат в форме жидких растворов или таблеток. Такое лечение рекомендовано в случае, когда эффективное предотвращение контакта с аллергенами невозможно, а лечение симптоматическими препаратами не дает удовлетворительных результатов. Это лечение не вызывает новой аллергии.

Форма введения аллергена может быть разной (введение аллергена путем подкожной инъекции в плечо через регулярные промежутки времени в кабинете врача вместо приема под язык), если имеются подходящие препараты и ваши индивидуальные особенности позволяют это сделать.

Для того чтобы ваше лечение или лечение вашего ребенка было успешным, необходимо учитывать следующие моменты:

1. **Успех зависит от вашей приверженности терапии (ежедневный прием!).** Поскольку лечение рекомендуется проводить в течение 3-х лет, оно требует от вас высокой степени взаимодействия. Пожалуйста, начинайте это лечение только в том случае, если вы уверены, что хотите проходить терапию последовательно, а также готовы проявить для этого достаточную ответственность (потому что тогда вы с наибольшей вероятностью получите от терапии пользу).
2. **Регулярно посещайте врача для обследования и своевременно получайте повторные рецепты.** Для достижения оптимального и длительного результата (после окончания курса лечения!) рекомендуется продолжать терапию в течение 3-х лет.
3. **Первый раз лекарство необходимо принять в кабинете врача и под его наблюдением.** Это гарантирует правильный прием таблетки или капли. Переносимость сублингвальной иммунотерапии очень хорошая. Могут возникнуть местные симптомы, такие как зуд в полости рта или горле, изредка возможен также отек слизистых оболочек этих областей. В основном это — временные явления, характерные для начальной фазы лечения. Симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта возникают редко. Тяжелая генерализованная аллергическая реакция встречается крайне редко, она возникала в отдельных случаях только у пациентов с неконтролируемой астмой. Проконсультируйтесь по поводу этих побочных эффектов со своим врачом.
4. **Пожалуйста, незамедлительно сообщите врачу, если вам удалили зуб или запланированы другие операции на полости рта, если у вас во рту есть воспаление, если вы принимаете новые лекарства или если вы беременны.** Также внимательно прочтите инструкцию по применению, содержащуюся в упаковке лекарственного препарата.

5. Соблюдайте назначенные визиты или заранее сообщайте врачу, если предполагаете, что не сможете явиться на прием.

6. Пожалуйста, обсудите с врачом, что делать в случае возникновения побочных эффектов, если вы страдаете другими заболеваниями (например, у вас грипп, обострение астмы), не забывайте о регулярных визитах к врачу для обследования и получения рецепта.

7. Чтобы лечение было максимально успешным и проходило без побочных эффектов, следуйте этим инструкциям! Приведенная выше информация не заменяет изучения листка-вкладыша и может служить только дополнительной информацией. Дополнительную важную информацию вы получите у врача во время консультации перед началом лечения.

Дополнительные медицинские примечания (например, индивидуальные риски):

Информированное согласие на специфическую сублингвальную иммунотерапию

Я прочитал(-а) и понял(-а) информацию о моем аллергическом заболевании и возможностях его лечения. Врач проинформировал меня о планируемой иммунотерапии и альтернативных вариантах лечения, и после обдумывания в течение достаточного времени я согласен(-на) с планируемой формой терапии и выбранным препаратом. На мои вопросы об этом лечении были получены исчерпывающие ответы. Врач проинформировал меня о возможных побочных эффектах, и я знаю, что успех лечения нельзя предсказать с полной уверенностью. В случае возникновения побочных эффектов я свяжусь со своим врачом. Дополнительную информацию я могу получить из имеющейся у меня инструкции по применению. Помимо этого врач по-прежнему остается моим контактным лицом.

Я подтверждаю, что у меня больше нет вопросов.

Место	Дата	Подпись пациента/пациентки (если применимо, законного представителя*)
-------	------	---

Место	Дата	Подпись врача	Печать клиники
-------	------	---------------	----------------

* Если оба родителя имеют право опеки, а документ подписывает только один из родителей, то он/она своей подписью заявляет, что согласие другого родителя получено или что подписавшее лицо имеет единоличное право опеки.