

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
<b>Dokumentum címe:</b>	<b>Az allergia vizsgálatról</b>		
<b>Változat: 02</b>	<b>Hatályos: 2014.08.01.</b>	<b>1.oldal a(z) 2 oldalból</b>	<b>Módosítás 1</b>
<b>Dokumentum száma: Bny./T.G./01.</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Bartha Anna gondozóvezető főorvos</b>		

Beteg neve: ..... TAJ szám: .....

### Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy mielőbbi gyógyulása érdekében allergia vizsgálat válik szükségessé. A Siófoki Kórház-Rendelőintézet Tüdőgondozójának gyógyító csoportja a beavatkozásról szeretne tájékoztatást adni, hogy mindent mérlegelve döntsön, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozáshoz.

**Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul):** .....

### A beavatkozás célja

Az azonnali allergiás reakció megállapítása a beteg tüneteit kiváltó allergén megtalálása.

### Miért van szükség a beavatkozásra?

Képet kapjunk arról, hogy mire allergiás a beteg és ezzel a betegséget megállapítjuk vagy kizárjuk.

### Mi a teendő a beavatkozás előtt?

Helyezze magát kényelembe, üljön le. Tegye szabaddá az egyik alkarját.

### Hogyan történik a beavatkozás?

Az alkar fertőtlenítése, jelölése és megkarcolása után a kiválasztott (10 db) allergén oldatot cseppentünk a bőrfelületre. A vizsgálat eredményét 30 perc múlva értékeljük, ez idő alatt az alkar nem fordítható el, hogy az allergének ne folyjanak össze.

**Beavatkozás tervezett időpontja:** .....

### Mi a teendő a beavatkozás után?

Az allergének letörlése után a bőrfelületet gyulladáscsökkentő kenőccsel kenjük be, kérjük meg a beteget, hogy a karcolás helyét ne vakarja. Abban az esetben, ha a vizsgálat elvégzésekor nem jelentkezik reakció, de másnap úgynevezett utóreakció jelentkezik - mely a karcolás helyén jelentkező bőrpírban nyilvánul meg - kérjük, szíveskedjék rendelésünket ismételtelen felkeresni.

### A beavatkozás esetleges szövődményei:

A szakirodalmi adatok alapján ritkán fordulnak elő szövődmények, 1000-ból egynél anaphylaxiás reakció (fulladásos roham) léphet fel.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
<b>Dokumentum címe:</b>	<b>Az allergia vizsgálatról</b>		
<b>Változat: 02</b>	<b>Hatályos: 2014.08.01.</b>	<b>2.oldal a(z) 2 oldalból</b>	<b>Módosítás 1</b>
<b>Dokumentum száma: Bny./T.G./01.</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Bartha Anna gondozóvezető főorvos</b>		

### Milyen következménye lehet a beavatkozásnak?

Pontos diagnózis felállítása akadályba ütközik.

#### Alternatív lehetőség

Alternatív lehetőségre nincs mód.

Szeretnénk, ha tudná, hogy az osztály minden dolgozójának fontos az Ön gyógyulása, ezért kérjük, Ön is segítse elő egészségének mielőbbi visszaszerzését azzal, hogy az orvosok és szakdolgozók tanácsait, utasításait követi és betartja.

#### Beleegyezési nyilatkozat

Az allergológiai vizsgálatról a tájékoztatót elolvastam. Az orvos/asszisztens általi szóbeli tájékoztatót megértettem, a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....  
a felvilágosítást végző orvos

.....  
beteg / törvényes képviselő aláírása

Siófok, ..... év..... hó..... nap..... óra..... perc

#### Elutasító nyilatkozat

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazza - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

.....  
a felvilágosítást végző orvos

.....  
beteg / törvényes képviselő aláírása

1. Tanú:.....  
aláírás

2. Tanú:.....  
aláírás

Siófok, ..... év..... hó..... nap..... óra..... perc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!