

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT PRICK TESZT (ALLERGIA VIZSGÁLAT) ELVÉGZÉSÉRŐL

Alulírott szül:.....

TAJ:..... tanúsítom, hogy engem kellő mértékben felvilágosítottak az elvégzendő allergia próba vizsgálatról, annak kockázatáról, lehetséges szövődményeiről. Tudomásul veszem, hogy a szakszerűen végzett vizsgálat esetén is előfordulhat szövődmény illetve, hogy jogom van a felajánlott vizsgálatot elutasítani.

Betegtájékoztató a prick teszt (allergia vizsgálat) elvégzéséhez:

- 1. A vizsgálat célja:** azoknak az anyagoknak az azonosítása, amelyekre az adott szervezet túlérzékenységgel reagál.
- 2. Vizsgálatra való előkészítés:** az allergia tesztek bizonyos körülmények között hamis eredményt adnak. Ennek elkerülése érdekében a bőrtesztek végzése előtt legalább 2 héttel abba kell hagyni a napozást, szoláriumozást-ez nem csak a tesztelendő bőrfelületre vonatkozik. Bizonyos gyógyszereket, kenőcsöket nem szabad használni, ill. 3-7 nappal előbb abba kell hagyni, ezért a rendszeresen használt gyógyszerekről a kivizsgáló orvost tájékoztatni kell. A tesztet mindig megfelelő óvintézkedéssel végezzük.
- 3. A vizsgálat menete:** a vizsgálni kívánt anyagokat az alkar bőrére cseppentjük, majd kicsi lándzsával vagy tüvel felületet karcolt sebet ejtünk, 5-20 perc után értékeljük az eredményt.
- 4. Vizsgálat veszélyei:** a teszt során a betegség fellángolhat, akár súlyosabb formát ölthet. Ha a kivizsgálendő allergia eleve súlyos, esetleg életveszélyes volt, úgy a tesztnél még nagyobb a heves reakció, az asztma, a fulladás, a duzzanatok, a kiütések és ritkán eszméletvesztés kialakulásának kockázata.
A múltó bőrreakció, viszketés, égés viszonylag gyakran előforduló tünetek, ritkábban hányinger, hányás, izzadás, szívdobogásérzés, torokkaparás, tüszögés, köhögés, nehézlégzés, gégevizényő, vérnyomás csökkenéses emelkedés, ritmuszavar jelentkezhethet. Nagyon ritkán ájulás, shock, szívmegállás és légzésleállás is bekövetkezhethet.

A vizsgálat elvégzésébe való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése után minden **kényszertől mentesen** adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi vizsgálatot végezzék el.

Körmend, 20..

.....
beteg aláírása

.....
asszisztens aláírása

.....
tudógondozó vezető főorvos