



Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat

Epicutan teszt elvégzéséhez (bőrre helyezett allergénnel végzett vizsgálat)

Kedves Betegünk!

Jelen tájékoztatóval az a célunk, hogy ismertessük betegségére lényegét, tájékoztassuk az eljárás menetéről, a lehetséges kockázatokról és szövődményekről. A kezelőorvos Önnek személyre szabott, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, lehetőséget biztosítva a beavatkozással kapcsolatos kérdéseire feltevésére.

A betegség megnevezése, a vizsgálat indokoltsága

- Kontakt dermatitis/ekzema
- Dyshidrosiform ekzema
- Perioralis dermatitis
- Kontakt urticaria
- Atópiás ekzema
- Egyéb recidív vagy terápia rezisztens dermatózisok, ahol kontakt tényező felmerül

A vizsgálat célja

Az allergiás reakcióra jellemző gyulladásos jelenség előidézése a lehető legkisebb allergén mennyiséggel.

A vizsgálat rövid leírása

A hát bőrének felszíne a legmegfelelőbb a teszt elvégzéséhez.

Teszt kivitelezése:

- A tesztet egy 7 napos vizsgálat keretében végezzük (hétfő, szerda, csütörtök és a következő hétfő).
- A vizsgálat megfelelően kijelölt tesztelési helyre (hát bőre), egy nemzetközileg elfogadott, ellenőrzött koncentrációjú és nem irritáló vivőanyagban oldott gyári készítményű allergének felhasználásával történik.
- Az allergénnel átitatott korongok felragasztást követően bőrgyulladást, bőrhólyagokat, bőrsebesedést eredményezhet a teszt területében.
- A vizsgálat eredményességének érdekében ügyelni kell arra, hogy a teszt területét ne érje víz.
- Bizonyos esetekben (pl. antihisztamin és szteroid szedés, tünetes bőr a teszt területén) a tesztet elvégezni és azt értékelni nem tudjuk, azt halasztjuk.



- 48 órát követően a teszt korongok eltávolításra kerülnek, majd az epicutan teszt első leolvasása történik.
- 72 óra múlva történik a második leolvasás.
- 168 óra múlva harmadik leolvasást követően a teszt teljes kiértékelése szakorvos által történik, pozitív eredmény esetén az adott allergénnel kapcsolatos részletes tájékoztató a beteg számára kiadásra kerül.
- Célzott vizsgálatokra egyéb standardizált teszt sorok használhatók (fém-, fogászati-, fodrászati sor).
- Az epicutan teszt fél éven belül nem ismételhető!

A vizsgálat lehetséges előnyei

A lehető legkisebb allergén mennyiség használata.

A vizsgálat elmaradásának lehetséges következményei

Allergiás reakciók kimutatásának elmaradása.

A vizsgálat ellenjavallatai, a vizsgálat feltétele

Az epicutan teszt elvégzése legalább 14 napja tünetmentes bőrterületen történhet, ahol szteroid tartalmú krémet nem lehet alkalmazni.

Az epicutan teszt elvégzése leginkább a téli időszakban, de mindenképpen hűvösebb évszakban javasolt. A nyáron történő vizsgálat nem lehetséges, nem is helyezhető fel úgy a teszt, hogy az biztos, megbízható eredményt adjon.

Ennek oka, hogy a nyári meleg időjárási körülmények több szempontból is befolyásoló hatással bírnak:

Izzadás: a nyári melegben, izzadás következtében a bőrre felhelyezett tapaszok elmozdulhatnak, továbbá az izzadság feloldhatja a tesztanyagokat is, ezáltal pedig az eredmény nem lesz megbízható. A bőrt szárazon és tisztán kell tartani.

Erős UV sugárzás: az epicutan teszt csak sérülés-, napozásmentes bőrre helyezhető fel (nem lehet lebarnult vagy leégett). Ennek oka, hogy az UV sugárzás hatással van a bőrre, irritálhatja azt, ennek következtében pedig a bőr reakcióképessége átmenetileg megváltozik, ami az eredmény pontatlanságához vezethet.

A vizsgálat előtt 4-5 nappal allergia gyógyszert (antihisztamint), 4 héttel előtte alkalmazott szteroidot nem lehet szedni, mert ekkor álnegatív eredményt kaphatunk.

A vizsgálat lehetséges kockázatai

- Epicutan tesztnél a felhelyezést követően ritkán jelentkeznek nem kívánt lokális (kifekélyesedés), illetve általános reakciók, (testszerte csalánkiütés, azonnali allergiás reakció reakció).



- A hirtelen fellépő szövődmények veszélye miatt, csak szakorvosi felügyelet mellett, olyan helyen végezzük a vizsgálatot, ahol sürgősségi ellátásra is lehetőség van. Igaz, ennek valószínűsége csekély a standardizált gyárilag tisztított, hígított allergénnel átitatott korongok használatával végzett vizsgálat során.

Ha a rendelőből való távozás után a teszt helyén szokatlan reakciót észlel, jelentkezzen ambulanciánkon.

A vizsgálat tervezett időpontja:

A beteg kérdései:

.....
.....
.....

Az orvos megjegyzései:

A beteg személyes, egyéni beavatkozással kapcsolatos kockázatait, a beteg kérdéseire adott válaszok:

.....
.....
.....

Önnek joga van a tájékoztatást követően is további kérdésfeltevésre.

Ön a vizsgálat elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja, a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Beleegyező nyilatkozat

Beteg neve:

TAJ szám:

Születési hely, idő:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképés kiskorú, illetve a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott nagykorú beteg esetén a törvényes képviselő/Eütv. 16. § szerinti helyettes döntéshozó adatai (név, szül. hely és idő, anyja neve, lakcím, telefonszám):



.....
.....
Rokonsági foka/törvényes képviselő típusa:

Cselekvőképtelen állapotú személy esetében az Eütv. 16. § (2) bekezdés szerinti helyettes döntéshozó a vizsgálatba való beleegyezéssel egyidejűleg arra vonatkozóan is nyilatkozik, hogy jogosult a beleegyezés, illetve visszautasítás jogát gyakorolni és nincs vagy reális időn belül nem érhető el az Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerint előrébb való személy.

1. Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):
.....

2. Tervezett vizsgálat megnevezése: Epicutan teszt

3. Tájékoztatót adó orvos neve:

A szóbeli tájékoztatást és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem, a javasolt vizsgálattal, a vizsgálat céljával, várható hasznával és kockázataival kapcsolatos, szóban feltett kérdéseimre a tájékoztatást nyújtó orvostól kielégítő, számomra érthető választ kaptam és elegendő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy eldöntsem, beleegyezem-e a vizsgálatba.

A szóbeli tájékoztatás és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztató elolvasása után, kellő mérlegelést követően, minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen **beleegyezem, hogy rajtam a vizsgálatot elvégezzék.**

Kelt:, 202... .. hó nap

.....
.....
tájékoztatót végző orvos beteg/törvényes képviselő/helyettes döntéshozó
aláírása és pecsétje aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

1. tanú	2. tanú
név	
lakcím	
aláírás	