



Észak-budai Szent János Centrumkórház
010610502 Gyermekgyógyászati Osztály
Vezető főorvos: Dr. Tory Vera
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: (36-1) 458-4500; (36-1) 458-4522
Internet: www.janoskorhaz.hu

GYERM-PIC II.-03

**ÉTELTERHELÉS VIZSGÁLAT BETEGTÁJÉKOZTATÓJA ÉS A
BETEG NYILATKOZATA**

Név:	TAJ:
Születési dátum	Betegség:
Lakcím:	

Tájékoztatást adó orvos neve:.....

Tisztelt Hozzá tartozó/ Törvényes képviselő!

A beavatkozáshoz, amelyet tervezünk, az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a tervezett beavatkozás módjáról, következményeiről, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés során esetlegesen jelentkező szövődményekről.

1. A TERVEZETT BEAVATKOZÁS: ÉTELTERHELÉS

Indikációja (javallata):

Ételallergia gyanúja, annak diagnózisának megerősítése. A nemzetközileg elfogadott állásfoglalás szerint a táplálékallergia igazolásának egyetlen módja a pozitív, tüneteket okozó terheléses vizsgálat, melyet a táplálék megvonása után végzünk el.

Rövid leírása:

Gyermeke részére ajánlott vizsgálat a klinikai tünetet, allergiát okozó étellel történő terheléses vizsgálat. A terhelés 2 napos, melyet általában bőrpróba elvégzésével kezdünk. Ha ennek eredménye pozitív, akkor a szájon keresztüli terhelés elvégzését szakorvos mérlegeli. Amennyiben nincs reakció, következik a meghatározott táplálékadagok etetése. Ennek során gyermeke az első napon emelkedő mennyiségben 20-30 percenként kapja a terhelt ételt, majd a második napon reggel egy adagot fogyaszt el. Ezt követően otthon folytatódik a terhelés az előre megbeszélt adagban és mennyiségben.

2. A tervezett beavatkozás és gyógymód célja:

Az elvégzett táplálékterhelés célja az ételallergia diagnózisának felállítása.

3. A tervezett beavatkozás során vagy azt követően előforduló lehetséges (nem feltétlen kialakuló) szövődmények:

Hangsúlyozandó, az egyes szövődmények megjelenése és azok súlyossága is változó lehet. Ezért a lehetséges kockázat meghatározása minden esetben az adott fejlettségi mérték figyelembevételével fog megtörténni. A terhelés során ritkán akut allergiás reakció alakulhat ki, emiatt szükséges lehet szájon keresztüli, illetve vénás gyógyszer adására.



Észak-budai Szent János Centrumkórház
010610502 Gyermekgyógyászati Osztály
Vezető főorvos: Dr. Tory Vera
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: (36-1) 458-4500; (36-1) 458-4522
Internet: www.janoskorhaz.hu

4. Alternatívák ismertetése:

Nincs ilyen.

5. A tervezett beavatkozás elhagyásának várható következménye:

Késedelmet szenved a diagnózis felállítása vagy szükségtelenül diétázik a gyermek valamely élelmiszerre.

6. A siker valószínűsége és a siker jelentésének értelmezése:

Vizsgálat során igazolható az ételallergia.

7. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, gyógyulás időtartalma:

Az ételterhelés alatt várható enyhe tünetek: bőrkkiütés, csalánkiütés, viszketés, hasi fájdalom, hányinger vagy hasmenés. Ritka súlyos tünetek: légzési nehezítettség, vérnyomásesés, anaphylaxia. Adequat kezelés mellett a tünetek a legtöbb esetben 24-48 óra alatt maradéktalanul megszűnnek.

8. A beteg/hozzátartozó által feltett egyéb kérdések és azokra adott válaszok:

.....

.....

.....



Észak-budai Szent János Centrumkórház
010610502 Gyermekgyógyászati Osztály
Vezető főorvos: Dr. Tory Vera
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: (36-1) 458-4500; (36-1) 458-4522
Internet: www.janoskorhaz.hu

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Elismerem, hogy részletes, egyéniesített szóbeli tájékoztatást/felvilágosítást kaptam: gyermekem egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a további ellátásokról, a javasolt életmódról. A felvilágosítás teljességgel kielégítő volt, kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam.

A megajánlott beavatkozás: **ÉTELTERHELÉS VIZSGÁLAT**

A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

A tájékoztatást/felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.

A tájékoztatás/felvilágosítás dátuma:

A beavatkozás tervezett dátuma:

A beteg törvényes képviselőjének aláírása

A tájékoztatást adó orvos aláírása és pecsétje

Budapest, év hó nap óra perc

ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes tájékoztatása/felvilágosítása — mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozás elvégzését elutasítom.

A beteg törvényes képviselőjének aláírása

A kezelőorvos aláírása, pecsétje

Budapest, év hó nap óra perc