

## Obaviješteni pristanak za alergološko testiranje (PRICK TEST)

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_

Spol:                    M                    Ž                    Datum rođenja: \_\_\_\_\_

MBO osigurane osobe: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

                    Mjesto rođenja: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_                    Telefon: \_\_\_\_\_

Dijagnoza: \_\_\_\_\_

Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika: \_\_\_\_\_

**OPIS POSTUPKA:** Test se izvodi u sjedećem ili ležećem položaju. Prigodom ovog testa otopina alergena se nanosi u vidu kapljica na površinu kože (unutarnja strana podlaktice), te se ubodom lancete unosi u površni sloj kože. Na taj način se unosi minimalna količina alergena te se izbjegava opasnost od burnih alergijskih reakcija. Osim alergena, potrebno je učiniti i pozitivnu i negativnu kontrolu. Pozitivna kontrola (histamin) omogućava da se procijeni reaktivnost kože i jačina kožnih proba, a negativna kontrola (fiziološka otopina) da isključimo dermatografizam (reakcija nastala zbog uboda lancete) kao uzrok pozitivnom testu. Nakon 1 minute otopina se obriše s kože, a rezultati se očitavaju nakon 15-20 min. Ako se na mjestu uboda razvije urtika (uzdignuta crvenkasta ili blijeda promjena kože različite veličine i oblika) okružena crvenilom test smatramo pozitivnim.

### **DOBROBIT-RAZLOG VRŠENJA PRETRAGE:**

Dijagnostički postupak kojim se utvrđuje preosjetljivost na alergene.

U Dječjoj Pulmoalergološkoj ambulanti radimo testiranje na inhalatorne i nutritivne alergene.

**RIZICI KOD POSTUPKA:** Od komplikacija se najčešće javljaju lokalne, blage reakcije, u smislu crvenila i svrbeža kože. Ako je reakcija izraženija preporuča se oprati podlakticu, staviti oblog od vode ili primijeniti lokalni ili sistemski antihistaminik. Od težih alergijskih komplikacija potrebno je spomenuti anafilaktičku reakciju, koja se javlja izuzetno rijetko. To je stanje koje ugrožava život, pa je stoga pri izvođenju testiranja prisutan i liječnik uz spremnu anti-šok terapiju.

*Obaviješten/a sam da se pri izvođenju ovog medicinskog postupka mogu dogoditi poznate i druge rijetke komplikacije poznatog i nepoznatog uzroka. Obaviješten/a sam i pristajem da se uzorak koji se ovim postupkom dobije dalje analizira, šalje na analizu u druge ustanove te se može uništiti prema zakonu*

**IZJAVLJUJEM DA SLOBODNOM VOLJOM, UTEMELJENOJ NA POTPUNOJ  
OBAVIJEŠTENOSTI O PREPORUČENOM DIJAGNOSTIČKOM/TERAPIJSKOM POSTUPKU**

### **DAJEM SUGLASNOST**

*za prihvaćanje preporučenog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka*

Datum: \_\_\_\_\_

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/ skrbnika:

Potpis i faksimil liječnika: