

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p> <p>DAI Area Medica S.D. Allergologia Clinica</p>	<p>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</p> <p>IMMUNOTERAPIA SPECIFICA</p> <p>CON ALLERGENI INALANTI PER VIA SUBLINGUALE</p>	<p>0101/T.12*</p> <p>Rev. 00 del 29/07/2015</p> <p>Pag. 1 di 2</p>
--	---	---

SEZIONE INFORMATIVA
<p>Che cos'è e a cosa serve?</p>
<p>L'immunoterapia specifica con inalanti è il solo trattamento specifico per i pazienti affetti da malattie allergiche respiratorie in grado di modificare la storia naturale della malattia.</p> <p>Serve a ridurre, in modo più o meno significativo, a seconda della reattività individuale, la sensibilizzazione verso l'allergene prescelto, riducendo quindi l'assunzione di farmaci; inoltre è in grado di prevenire l'insorgenza di nuove sensibilizzazioni e l'insorgenza di asma nei soggetti con oculorinite.</p>
<p>Motivo della procedura</p>
<p>Come si esegue?</p>
<p>Le verrà somministrato un estratto allergenico per via sublinguale (gocce o compresse).</p>
<p>Quali possono essere i rischi e le complicanze?</p>
<p>Durante il periodo di terapia sono possibili reazioni allergiche locali (gonfiore o fastidio a carico del cavo orale) da lievi a moderate, nella maggior parte dei casi nei primi giorni di trattamento. In casi molto rari sono state segnalate reazioni allergiche più importanti come senso di gonfiore alla gola, difficoltà a respirare o a deglutire e alterazioni della voce, angioedema e orticaria.</p> <p>E' importante, in caso di comparsa di qualsiasi effetto indesiderato anche non descritto sopra, interrompere immediatamente il trattamento e contattare il medico curante.</p> <p>Nelle donne in gravidanza le reazioni da ipersensibilità/allergia e la messa in atto della terapia per l'urgenza possono provocare ipossia fino ad anossia e alla perdita del feto.</p> <p>Nei soggetti in terapia con betabloccante tale terapia potrebbe rendere meno efficace la terapia in urgenza con adrenalina, in caso di grave reazione allergica.</p> <p>Nei soggetti in terapia con ACE-inibitori, in caso di reazione allergica, è possibile che si possano avere reazioni con grave angioedema (edema) delle mucose.</p>
<p>Quali sono le conseguenze della mancata sottoposizione al trattamento sanitario consigliato?</p>
<p>Lei dovrà continuare ad assumere terapia farmacologica per il controllo dei sintomi allergici; potranno insorgere nuove sensibilizzazioni; in pazienti con oculorinite può comparire anche asma.</p>
<p>Dopo il trattamento</p>
<p>Dopo la prima somministrazione Lei dovrà trattenersi in ambulatorio per il tempo indicato dai sanitari.</p>

<p>Az. Osp. – Univ. Pisana</p> <p>DAI Area Medica S.D. Allergologia Clinica</p>	<p>INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO</p> <p>IMMUNOTERAPIA SPECIFICA</p> <p>CON ALLERGENI INALANTI PER VIA SUBLINGUALE</p>	<p>0101/T.12*</p> <p>Rev. 00 del 29/07/2015</p> <p>Pag. 2 di 2</p>
--	---	---

SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO	
Io sottoscritto/a (nome)	(cognome)
nato il	residente a
<i>Se necessario</i>	
Legale rappresentante di	nato/a il
<p>dichiaro di:</p> <p><input type="checkbox"/> aver letto la sezione informativa,</p> <p><input type="checkbox"/> aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,</p> <p><input type="checkbox"/> aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite dal medico, la natura, la finalità e gli eventuali rischi del trattamento, e pertanto acconsento a sottopormi a questa procedura,</p> <p><input type="checkbox"/> non essere in terapia con betabloccante e/o ACE-inibitori,</p> <p><input type="checkbox"/> di essere in terapia con betabloccante ACE-inibitore e di volere comunque eseguire il test,</p> <p><input type="checkbox"/> essere stato informato delle conseguenze negative per la salute a cui mi esporrò nel caso in cui non mi sottoponga all'esame consigliatomi,</p> <p><input type="checkbox"/> essere stato informato che in ogni momento posso revocare il mio consenso,</p> <p><input type="checkbox"/> e pertanto acconsento a sottopormi a questa procedura.</p>	
SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DISSENSO	
<p>dichiaro di:</p> <p><input type="checkbox"/> aver letto la sezione informativa,</p> <p><input type="checkbox"/> aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,</p> <p><input type="checkbox"/> aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità e gli eventuali rischi di questa procedura e le complicanze che ne possono derivare e pertanto NON acconsento a sottopormi ad essa. Dichiaro infatti espressamente e consapevolmente di accettare il rischio delle conseguenze negative per la mia salute che potrebbero derivare dalla mancata esecuzione dell'esame consigliatomi,</p> <p><input type="checkbox"/> essere stato informato delle conseguenze a cui mi esporrò nel caso in cui non mi sottoponga al trattamento sanitario consigliatomi,</p> <p><input type="checkbox"/> essere stato informato che in ogni momento posso revocare il dissenso.</p>	
<p>Data e firma del paziente o del legale rappresentante¹</p>	
<p><input type="checkbox"/> Dichiaro di non essere in stato di gravidanza (firma)</p>	
<p>Data, firma e timbro del medico</p>	

¹ In caso di paziente minorenni devono firmare entrambi i genitori.

* Modello redatto in conformità alla I.A.01 "Acquisizione del consenso informato".