



SUGLASNOST ZA PROVOĐENJE TESTA OPTEREĆENJA

Test opterećenja je test tijekom kojeg se daje rastuća količina hrane za koju postoji sumnja da može, u Vašeg djeteta, izazvati reakciju preosjetljivosti. Test opterećenja je pouzdan način kojim se utvrđuje alergija na hranu, ali i najsigurniji pokazatelj da je Vaše dijete „preraslo“ alergiju na određenu namirnicu. Osim toga, ovaj test može utvrditi da je Vaše dijete vrlo osjetljivo čak i na iznimno male količine određene namirnice te da njihov unos može imati vrlo ozbiljnu reakciju.

Koji su rizici? Svi testovi opterećenja nose rizik od izazivanja alergijske reakcije zbog čega se i provode u bolnici, pod nadzorom. Manje od 1% djece tijekom provokacijskog testa će razviti reakciju koja zahtijeva neki od oblika liječenja. Najčešće reakcije su relativno blage, na primjer, osip, bolovi u trbuhu ili povraćanje. Rizik od težih i potencijalno za život opasnih reakcija, kao što su otežano disanje ili oticanje dišnih putova je vrlo mali, a njihovo učinkovito suzbijanje je odmah dostupno. Neka djeca imaju veći rizik od ovih težih reakcija te Vaš liječnik može preporučiti stavljanje braunile (tanke plastične cijevi umetnute u venu) prije samog testa, tako da se odgovarajuće liječenje, ako je potrebno, može dati bez odgode.

Kako se test obavlja? Test se provodi u vremenskim razmacima, dajući sve veću količinu potencijalno alergene namirnice. Sam test traje najmanje 3 sata, ali je i nakon testa potrebno dijete nadzirati tijekom nekoliko sati (što ponajprije ovisi o vrsti reakcije koju očekujemo) prije nego što možete ići kući. Ukoliko se tijekom testa zamijeti bilo kakva alergijska reakcija test će biti prekinut te će se pružiti odgovarajuće liječenje.

Liječnik koji me uputio na pretragu objasnio mi je medicinsko stanje mog djeteta i predložio gore navedenu pretragu. Razumijem sve moguće rizike pretrage, kao i važnost njena provođenja u svrhu postavljanja dijagnoze. Također sam upoznat/a s drugim dijagnostičkim mogućnostima. Mogao/la sam postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća.

☐ Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenoj pretrazi u mog djeteta, koju sam dobio/la u pisanom i usmenom obliku, **PRIHVACAM:**

TEST OPTEREĆENJA

☐ Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenoj pretrazi u mog djeteta, koju sam dobio/la u pisanom i usmenom obliku, **ODBIJAM:**

TEST OPTEREĆENJA

Ime i prezime pacijenta: _____

Datum rođenja: _____

Spol (zaokružiti): muško žensko

Mjesto rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju: _____

Ime i prezime roditelja / zakonskog zastupnika / skrbnika *: _____

* (za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom, te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)

Potpis roditelja / zakonskog zastupnika / skrbnika: _____

Potpis i faksimil doktora medicine: _____

Mjesto i datum: Zagreb, _____