Naljepnica pacijenta/ice

Informativni list o kožnom testu na lijekove

Lijek 1:	O Amoksicilin O Penicilin O _____	Lijek 2:	O Amoksicilin O Penicilin O _____

Vaš osobni termin dana

1. lijek: **1. termin (testiranje, Trajanje: oko 3 sata)** _____
2. termin (očitavanje, Trajanje: oko 1 sat) _____

2. lijek: **1. termin (testiranje, Trajanje: oko 3 sata)** _____
2. termin (očitavanje, Trajanje: oko 1 sat) _____

Tijek testiranja

Za kožni test na lijekove radi utvrđivanja alergijske reakcije

- tijekom **dogovorenog prvog termina** provodi se PRICK test, intrakutani test i po potrebi epikutani test;
- **sljedeći dan** tijekom 2. termina provodi se konačno očitavanje i procjena eventualne kasne reakcije.

Molimo uzmite u obzir sljedeće točke

- Moguće je testirati samo jedan lijek dnevno.
- Molimo vas da obavijestite liječnika/icu o uzimanju svih lijekova.
- U trudnoći se ne provode kožni testovi na lijekove.
- Molimo vas da se informirate o tome je li za termin testa potrebna nova uputnica.
- Molimo vas da mjesta testiranja održavate suhima; nemojte se sunčati.
- Ako se flaster odvoji, pričvrstite ga dodatnom ljepljivom vrpcom.
- Katkad u regiji testiranja dolazi do svrbeža. Molimo vas da mjesto unatoč tome ne češate i da ne nanosite masti!
- Ako se nakon konačnog očitavanja na testiranim mjestima pojave crvenila ili druge promjene (tzv. kasne reakcije), molimo vas da nas o tome bez odgađanja obavijestite! (S fotografijom na office@allergiezentrum.at)
- Tri dana prije provedbe testa ne bi trebalo uzimati antihistaminike u obliku tableta/kapi/sirupa.
- Sedam dana prije i tijekom kožnog testa na lijekove nemojte na velikim površinama upotrebljavati lijekove koji sadržavaju kortizon ili lokalne imunomodulirajuće lijekove (Elidel®, Protopic®).
- U slučaju tetovaža na velikoj površini kože podlaktica test nije moguće provesti.
- Budući da je priprema za testiranje vrlo zahtjevna, molimo vas da termin na vrijeme otkažete ako ste spriječeni. Ako se termin ne otkaže pravovremeno (najmanje 1 tjedan prije termina), moramo obračunati 50 EUR naknade za obradu.

Beč, _____._____._____
Datum

_____
Potpis pacijenta/ice ili skrbnika/ice i djeteta (ako jedan roditelj potpisuje samostalno kao skrbnik/ica, svojim potpisom izjavljuje da ima samostalno skrbništvo ili da postupa u suglasnosti s drugim roditeljem).

Zadržana prava na tiskarske i računalne pogreške,