

## Informativni list o sublingvalnoj imunoterapiji (SLIT)

Cilj je sublingvalne imunoterapije (SLIT) smanjenje pretjerane osjetljivosti na one tvari koje izazivaju alergijske bolesti. Temelji se na tome da se u tijelo unose najmanje, precizno izmjerene količine tvari koje izazivaju alergiju, u obliku kapi ili topivih tableta za pod jezik.

SLIT se provodi ili **tijekom cijele godine** (npr. kod grinja) ili **predsezonski/sezonski** (kod peludi). Cijela terapija najčešće ukupno traje oko 3 godine. Nakon početnog dnevnog povećanja doze (ovisno o pripravku) svakodnevno se pod jezik unosi određeni broj kapi ili topiva tableta. Plan doziranja objasnit će vam liječnik/ica. Prvu dozu treba uzeti pod nadzorom liječnika.

### Sljedeće su točke iznimno važne

- Pridržavajte se fiksnog vremena unosa (npr. 5 do 10 min prije doručka).
- Unesite kapi/tablete pod jezik, držite barem dvije minute u ustima i tek poslije toga progutajte.
- Tijekom infekcije, upala sluznice usta ili ozljeda u području usta prekinite SLIT. Nastavak liječenja odvija se po dogovoru s liječnikom.
- Kapi SLIT treba po mogućnosti čuvati na hladnom. Pojedinu otvorenu bocu može se čuvati i na sobnoj temperaturi. Spriječite smrzavanje i temperature više od 40 °C. Tablete čuvajte na suhom mjestu sobne temperature.

### Moguće nuspojave

Lokalne su nuspojave učestale osobito u prvih 1 do 2 tjedna. Kontaktirajte s liječnikom/icom u slučaju pojave problema.

- Često: lokalne tegobe poput svrbeža u usnoj šupljini ili grlu
- Rijetko: otekline sluznice, želučano-crijevne tegobe
- Iznimno rijetko: teške opće alergijske reakcije, astma

### Izjava o suglasnosti

Pročitao/la sam i razumio/razumjela informacije o svojoj alergijskoj bolesti i o mogućnostima liječenja. Liječnik/ica mi je objasnio/la planiranu imunoterapiju i suglasan/na sam s planiranim oblikom terapije te odabranim pripravkom. Dobio/la sam odgovor na svoja pitanja o liječenju. Liječnik/ica mi je objasnio/la moguće nuspojave i svjestan/na sam da uspjeh liječenja nije moguće predvidjeti s potpunom sigurnošću. U slučaju nuspojava kontaktirat ću sa svojim/om liječnikom/icom koji/koja me liječi. Daljnje informacije pronaći ću u uputama za upotrebu. Osim toga mi liječnik/ica stoji i dalje stoji na raspolaganju kao osoba za kontakt. Potvrđujem da više nemam pitanja.

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).

\_\_\_\_\_  
Potpis liječnika/ice