

Sublingual immunoterapi (SLİT) hakkında bilgilendirme formu

Sublingual immunoterapinin (SLİT) amacı, alerjik hastalıklara neden olan maddelere karşı aşırı duyarlılığı azaltmaktır. Bu, alerjik olunan maddelerden az, tam olarak ölçülmüş miktarların damla veya kendiliğinden eriyen tabletler halinde dil altına uygulanmasına dayanır.

SLİT ya **tüm yıl boyunca** (örn.: ev tozu akarları) veya **mevsim öncesi/mevsimsel** (polenler) uygulanır. Toplam tedavi süresi genellikle 3 yıldır. Başlangıçtaki günlük doz arttırımından sonra (preparata bağlı olarak), her gün dil altına belirli sayıda damla veya kendiliğinden eriyen tablet uygulanır. Doktorunuz size dozaj şemasını açıklayacaktır. İlk doz tıbbi gözetim altında alınmalıdır.

Aşağıdaki hususlar son derece önemlidir

- Belirli bir saatte alma gerekliliğine uyun (örneğin kahvaltıdan 5-10 dakika önce).
- Damlayı/tableti dil altına uygulayın, ağızda en az iki dakika tutun ve ondan sonra yutun.
- Enfeksiyon, ağız mukozasında iltihaplanma veya ağız bölgesinde yara durumunda SLİT'i kesin. Tedaviye doktor ile görüştükten sonra devam edilir.
- SLİT damla mümkün olduğunca buzdolabında saklanmalıdır. Açılmış şişe, oda sıcaklığında da saklanabilir. Donmasının ve 40°C'nin üzerindeki sıcaklığa maruz kalmasının önüne geçin. Tabletleri oda sıcaklığında kuru bir yerde saklayın.

Muhtemel yan etkiler

Özellikle ilk 1 - 2 hafta içinde lokal yan etkilere sıkça rastlanır. Herhangi bir sorun ortaya çıkarsa, doktora başvurun.

- Sıklıkla: Ağızda veya boğazda kaşıntı gibi lokal şikayetler
- Nâdiren: Mukozada şişme, mide-bağırsak şikayetleri
- Son derece nâdir: Ağır genel alerjik reaksiyonlar, astım

Onay beyânı

Alerji hastalığımı ve tedavi olanakları hakkındaki bilgileri okudum ve anladım. Doktorum tarafından planlanan immünoterapi hakkında bilgilendirildim ve planlanan terapi şeklini ve seçilen preparatı kabul ediyorum. Bu tedavi hakkındaki sorularım cevaplandı. Doktorum tarafından meydana gelebilecek yan etkiler hakkında bilgilendirildim ve iyileşme şansının kesin olarak öngörülelemeyeceğini biliyorum. Herhangi bir yan etki ortaya çıkması halinde, doktorumla iletişime geçeceğim. Daha fazla bilgi için prospektüse bakabilirim. Ayrıca doktor, muhatabım olarak hizmet vermeye devam edecektir. Başka sorum olmadığını onaylarım.

Viyana, _____
Tarih

Hastanın veya velisinin imzası (ebeveynlerden biri tek başına imzalıyorsa, velâyetin tek başına kendisinde olduğunu veya diğer ebeveynin rızasıyla hareket ettiğini attığı imzasıyla beyan etmiş olur).

Doktorun imzası