

Važne informacije o sublingvalnoj imunoterapiji (SLIT)

Cilj sublingvalne imunoterapije je smanjenje preosetljivosti na one supstance koje izazivaju alergijska oboljenja. Zasnovana je na tome da se najmanje, precizno odmerene količine supstanci na koje ste alergični, apliciraju ispod jezika u obliku kapi ili samorastvarajućih tableta.

Imunoterapija se sprovodi tokom **cele godine** (npr.: grinje kućne prašine) ili **predsezonski/kosezonski** (polen). Ukupno trajanje terapije je obično 3 godine. Nakon inicijalnog dnevnog povećanja doze (u zavisnosti od preparata), svaki dan se pod jezik stavlja određeni broj kapi ili jedna samorastvarajuća tableta. Odgovarajući raspored doziranja će vam objasniti lekar. Prvu dozu treba uzeti pod lekarskim nadzorom.

Sledeće tačke su od najveće važnosti

- Pridržavajte se fiksnog vremena uzimanja (npr. 5-10 minuta pre doručka).
- Kapi/tabletu staviti pod jezik, držati u ustima najmanje dva minuta i tek onda progutati.
- Prekinite SLIT terapiju tokom infekcije, upale sluzokože ili povreda u predelu usta. Nastavak terapije se sprovodi nakon konsultacije sa lekarom.
- SLIT kapi treba čuvati na hladnom mestu. Otvorena boca se takođe može čuvati na sobnoj temperaturi. Izbegavajte zamrzavanje i temperature iznad 40 °C. Čuvajte tablete na suvom mestu na sobnoj temperaturi.

Moguće neželjene pojave

Lokalni neželjeni efekti su česti, posebno u prve 1-2 nedelje. Obratite se lekaru ako se pojave problemi.

- Česte pojave: lokalni simptomi, kao što je svrab u ustima ili grlu
- Retke pojave: oticanje sluzokože, gastrointestinalne tegobe
- Ekstremno retke pojave: teške opšte alergijske reakcije, astma

Saglasnost

Pročitao/la sam i razumeo/la informacije o mojoj alergijskoj bolesti i mogućnostima lečenja. Lekar me je obavestio o planiranoj imunoterapiji i pristajem na planirani oblik terapije i izabrani preparat. Dobio/la sam odgovore na pitanja u vezi sa lečenjem. Lekar me je obavestio o svim neželjenim efektima koji se mogu javiti i svestan/svesna sam da se uspešno izlečenje ne može predvideti sa potpunom sigurnošću. Ako se pojave neželjeni efekti, javiću se svom ordinirajućem lekaru. Dodatne informacije mogu pronaći u uputstvima za upotrebu. Pored toga, lekar mi je i dalje dostupan kao osoba za kontakt. Potvrđujem da nemam više pitanja.

Beč, _____
Datum

Potpis pacijenta ili zakonskog staratelja (ako jedan roditelj potpisuje sam, on/ona potpisom izjavljuje da ima isključivo starateljstvo ili da postupa uz saglasnost drugog roditelja.)

Potpis lekara