Etikett Patient:in

Važne informacije za pacijente o kožnom testu na lekove

Lek 1: O Amoxicillin
O Penicillin
O _____

Lek 2: O Amoxicillin
O Penicillin
O _____

Vaš lični termin na dan

1. lek: **1. Termin (testiranje, Trajanje testa oko 2 sata): _____**
2. Termin (očitavanje, Trajanje testa oko 1 sat): _____

2. lek: **1. Termin (testiranje, Trajanje testa oko 2 sata): _____**
2. Termin (očitavanje, Trajanje testa oko 1 sat): _____

Način testiranja

Za kožni test na lek za utvrđivanje alergijske reakcije

- na **prvom terminu** se radi prik-test, intrakutani i eventualno epikutani test **(Trajanje testa oko 2 sata)**
- **sledećeg dana**, tokom 2. termina, se radi konačno očitavanje i ocena eventualne zakasnele reakcije **(Trajanje testa oko 1 sat)**

Obratite pažnju na sledeće stavke

- Tokom jednog dana može se izvršiti test samo na jedan lek.
- Obavestite svog lekara o bilo kojim lekovima koje uzimate.
- Kožni test na lekove se ne radi tokom trudnoće.
- Molimo vas da se informišete da li je potrebna nova uputnica za testiranje.
- Molimo vas da mesta za testiranje budu suva, nemojte se sunčati.
- Ako se flaster odlepi, pričvrstite ga dodatnim komadom lepljive trake.
- Ponekad se u testnom regionu javi svrab. Molimo vas da ne grebete i ne nanosite nikakve masti do očitavanja!
- Ako nakon konačnog očitavanja dođe do crvenila kože ili drugih promena na mestima testiranja (tzv. kasne reakcije), molimo vas da nas odmah obavestite o tome! (Zajedno sa fotografijom poslati na office@allergiezentrum.at)
- Antihistaminske tablete/kapi/sok ne treba uzimati tri dana pre testa.
- Nemojte koristiti lekove koji sadrže kortizon ili lokalne imunomodulatore (Elidel®, Protopic®) na podlakticama sedam dana pre i tokom kožnog testa na lek.
- Test se ne može sprovesti ako postoje velike tetovaže kože na podlakticama.
- Pošto je priprema za test veoma dugotrajna, molimo vas da na vreme otkažete ako to niste u mogućnosti da uradite. Ukoliko se ne otkaže blagovremeno (najmanje 1 nedelju pre termina), moramo da naplatimo trošak od 50.- €.

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.)