

## Ulotka informacyjna o podjęzykowej terapii odpornościowej (SLIT)

Celem podjęzykowej terapii odpornościowej (SLIT) jest zmniejszenie nadwrażliwości na substancje wywołujące choroby alergiczne. Polega ona na dostarczaniu do organizmu minimalnych, dokładnie odmierzonych ilości substancji wywołujących alergię w formie kropli lub samorozpuszczalnych tabletek aplikowanych pod język.

Terapię SLIT przeprowadza się albo **całorocznie** (np.: alergia na roztocza) albo **przed sezonem/w sezonie** (pyłki). Łączny czas trwania terapii wynosi zazwyczaj 3 lata. Po początkowej fazie codziennego zwiększania dawki (zależnie od preparatu) aplikuje się codziennie pod język określoną ilość kropeł lub samorozpuszczalną tabletkę. Każdorazowy schemat dawkowania wyjaśni Państwu lekarz. Pierwszą dawkę należy przyjąć pod nadzorem lekarza.

### Następujące kwestie są niezwykle ważne

- Należy przestrzegać stałego czasu przyjmowania leku (np. 5-10 min. przed śniadaniem).
- Krople/Tabletkę należy zaaplikować pod język, potrzymać tam co najmniej dwie minuty i dopiero potem połknąć.
- Podczas infekcji, stanów zapalnych śluzówki jamy ustnej lub obrażeń jamy ustnej należy przerwać terapię SLIT. Kontynuacja terapii następuje po uprzedniej konsultacji z lekarzem.
- Krople SLIT należy w miarę możliwości przechowywać w lodówce. Otwartą butelkę można przechowywać też w temperaturze pokojowej. Należy unikać zamrażania i temperatur powyżej 40°C. Tabletki należy przechowywać w suchym miejscu w temperaturze pokojowej.

### Możliwe skutki uboczne

Przede wszystkim w pierwszych 1 - 2 tygodniach częste są miejscowe skutki uboczne. Jeżeli wystąpią problemy, należy skontaktować lekarza.

- Często: miejscowe dolegliwości jak swędzenie w jamie ustnej albo w gardle
- Rzadko: obrzęk śluzówki, dolegliwości żołądkowo-jelitowe
- Niezwykle rzadko: ciężkie ogólne reakcje alergiczne, astma

### Oświadczenie o wyrażeniu zgody

Przeczytałam/-em i zrozumiałam/-em informacje odnośnie mojej choroby alergicznej oraz o możliwościach jej leczenia. Zostałam/-em poinformowana/-y przez mojego lekarza o planowanej terapii odpornościowej i wyrażam zgodę na planowaną formę terapii oraz na wybrany preparat. Uzyskałam/-em odpowiedzi na moje pytania odnośnie niniejszej terapii leczniczej. Lekarz poinformował mnie o ewentualnych skutkach ubocznych i jestem świadoma/-y tego, że nie da się z całą pewnością przewidzieć, czy leczenie będzie skuteczne. W razie wystąpienia skutków ubocznych skontaktuję lekarza prowadzącego. Dalsze informacje znajdę w instrukcji użytkownika. Ponadto lekarz nadal pozostaje do mojej dyspozycji. Potwierdzam, że nie mam dalszych pytań.

Wiedeń, \_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta lub upoważnionego opiekuna (w przypadku podpisu tylko jednego rodzica potwierdza on swoim podpisem, że przysługuje mu wyłączne prawo do opieki nad dzieckiem bądź że działa za zgodą drugiego rodzica.)

\_\_\_\_\_  
Podpis lekarza