



## Informacje o immunoterapii swoistej dla pacjenta

Po wnikliwej analizie Pana/Pani choroby alergicznej lekarz zdecydował o zastosowaniu immunoterapii, potocznie znanej jako odczulanie lub „szczepienie” przeciw alergii. Ważne jest, aby Pan/Pani znał(a) ogólne zasady leczenia i reguły jego prowadzenia. Dlatego powinien Pan/Pani uważnie przeczytać tę informację, a następnie przedyskutować z lekarzem wszystkie wątpliwości i problemy, które się zrodzą.

Przed wszystkim musi Pan/Pani wiedzieć, że nie należy oczekiwać „cudownego” uzdrowienia. U większości chorych immunoterapia przynosi bardzo dużą poprawę; objawy chorobowe ustępują zupełnie i nie ma potrzeby dalszego przyjmowania leków. Niestety, u części pacjentów korzyść z immunoterapii jest mała lub żadna. Zalecając immunoterapię, lekarz w oparciu o swoje doświadczenie i znajomość międzynarodowych zaleceń jest przekonany, że w Pana/Pani przypadku leczenie to prawdopodobnie przyniesie korzystny efekt; jednak w razie braku skuteczności może ono po roku zostać przerwane lub zmodyfikowane.

Na poprawę można oczekiwać wiele miesięcy, zanim stanie się ona widoczna. Odczulanie musi być kontynuowane przez co najmniej 3 lata. Musi Pan/Pani wiedzieć, że będzie otrzymywał(a) iniekcje substancji, na które jest uczulony(a). Ilość wstrzykiwanego alergenu będzie stopniowo wzrastała aż do osiągnięcia dawki podtrzymującej, która powinna być podawana regularnie przez kilka lat. Celem takiego postępowania jest wytworzenie w Pana/Pani organizmie tolerancji na alergen, aby przy narażeniu na ten alergen nie występowały objawy choroby.

W trakcie leczenia początkowego (wzrastającymi dawkami alergenu) iniekcje będą podawane co tydzień lub co 2 tygodnie, dawki podtrzymujące w odstępach co 4 do 6 tygodni. Jeżeli lekarz wybrał dla Pana/Pani szczepionkę Allergovit leczenie potrwa co najmniej 7 tygodni, w przypadku preparatu Novo-Helisen Depot minimum 14 tygodni. Jeżeli jest Pan/Pani uczulony(a) na alergeny sezonowe (pyłki roślin) lekarz ma do wyboru dwa schematy leczenia:

- odczulanie przedsezonowe - po osiągnięciu dawki podtrzymującej leczenie jest przerywane przed sezonem pylenia. Kurację powtarza się w ten sposób kilkakrotnie co rok.
- odczulanie całoroczne - po osiągnięciu dawki podtrzymującej podaje się ją co 4 do 6 tygodni, odpowiednio zmniejszając w trakcie sezonu pylenia.

W razie uczulenia na alergeny całoroczne (roztozca kurzu domowego, pleśń, nabłonki i sierści zwierząt) obowiązuje wyłącznie schemat odczulania całorocznego. Po iniekcji może czasami pojawić się niewielka reakcja miejscowa

(zaczerwienienie, obrzęk, świąd w miejscu podania).

W niektórych przypadkach obrzęk bywa dość duży i mogą mu nawet towarzyszyć objawy chorobowe (nieżyt nosa lub astma). Nie jest to jednak powodem do przerwania leczenia; konieczne jest wtedy jedynie zmniejszenie dawki. Bardzo rzadko zdarzają się poważne reakcje, nawet zagrażające życiu, ale lekarz jest na to przygotowany i umie je opanować.

Iniekcje muszą być podawane przez lekarza lub pod jego bezpośrednim nadzorem. Iniekcję poprzedzać będzie badanie kliniczne, z oceną dróg oddechowych włącznie (u pacjentów z astmą oskrzelową). Po iniekcji musi Pan/Pani pozostać w gabinecie lekarskim pod obserwacją przez co najmniej 30 minut. Każdy objaw, który pojawi się w tym czasie, musi zostać natychmiast zgłoszony. Przed opuszczeniem gabinetu sprawdzone zostanie miejsce iniekcji i ponownie oceniona czynność płuc. Rzadko występują objawy późne (po kilku godzinach od iniekcji). Gdy są one dokuczliwe, powinien Pan/Pani skontaktować się z lekarzem.

W ciągu 24 godzin bezpośrednio po iniekcji powinien Pan/Pani unikać wyęźzonych wysiłków fizycznych i długotrwałej gorącej kąpieli, a przez pierwsze 12 godzin powinien Pan/Pani mieć pod ręką inhalator z lekiem rozszerzającym oskrzela (w przypadku pacjentów z astmą oskrzelową).

Należy również zwrócić uwagę na eliminację z diety pokarmów reagujących krzyżowo

z istotnymi dla Pana/Pani alergenami wziewnymi. Przykłady alergenów krzyżowych: pyłek brzozy - jabłka, gruszki, śliwki, brzoskwinie, morele, kiwi, marchew, seler, pomidory, orzechy, świeże soki owocowe i warzywne; pyłek traw - melony, kiwi, groch, ziemniaki, seler, pomidory, mąka, orzeszki ziemne, pyłek bylicy - marchew, seler, rumianek, przyprawy (anyżek, pieprz, kolendra); roztozca - ślimaki, „owoce morza” (np. kraby, homary, krewetki). W dniu iniekcji należy też ograniczyć spożycie pokarmów bogatych w histaminę i aminy biogenne oraz „wyzwalaczy histaminy”, takich jak: sery żółte, jaja, wędliny, ryby (zwłaszcza tuńczyk, śledzie, sardynki, konserwy rybne), kakao, czekolada, owoce i warzywa konserwowe, kapusta kiszona, pomidory, truskawki, kawa, herbata, alkohol (wino, piwo, szampan).

Podczas każdej wizyty lekarz będzie rejestrował informacje o ewentualnych późnych reakcjach po poprzedniej iniekcji i zmiany w stanie klinicznym, jakie zaszły w tym czasie. Pod skórą, w miejscu iniekcji, mogą pojawić się małe guzki. Nie mają one żadnego znaczenia i nie wymagają przerwania immunoterapii.

Proponowana immunoterapia jest tylko jedną z metod stosowanych w leczeniu Pana/Pani choroby i może zachodzić potrzeba stosowania innego leczenia przepisane przez lekarza. Nawet po uzyskaniu poprawy nigdy nie powinien Pan/Pani zapominać o konieczności unikania kontaktu z alergenem.

Jeśli zgodzi się Pan/Pani na immunoterapię, to dobrze prowadzone leczenie przy Pana/Pani niezbędnej współpracy prawdopodobnie pozwoli na osiągnięcie znaczących korzyści bez wystąpienia poważnych problemów.

Ostateczna decyzja należy do Pana/Pani. Nie powinien Pan/Pani wyrazić zgody na immunoterapię, jeśli nie rozumie Pan/Pani powyższych informacji i nie jest gotowy(a) zaakceptować dyscypliny związanej z długotrwałym leczeniem.

Informacja opracowana na podstawie standardów Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej (Allergy, 1993, Vol. 48, Suppl. 14)

## Zgoda pacjenta na immunoterapię swoistą

DO ZACHOWANIA W DOKUMENTACJI LEKARSKIEJ!

Po zapoznaniu się z pełną informacją na temat immunoterapii swoistej i wyjaśnieniu przez lekarza wszelkich wątpliwości wyrażam zgodę na leczenie preparatem Allergovit / Novo-Helisen Depot.

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

Wiek pacjenta: ..... Telefon kontaktowy: .....

Uwagi: .....

data

podpis pacjenta lub opiekuna prawnego (w przypadku nieletnich)



Allergopharma 