



IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA –VACINA DE ALÉRGENOS TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS

A imunoterapia com alérgenos é um tratamento para alergias respiratórias (como rinite alérgica e asma) e para alergia a insetos, utilizado em todo o mundo, que consiste na injeção de doses crescentes de um alérgeno (agente causador da alergia) com a finalidade de aumentar a “resistência” ou criar uma tolerância no indivíduo a este alérgeno específico.

COMO É REALIZADO O TRATAMENTO?

A indicação da imunoterapia com extrato alergênico está baseada na história do paciente, nos testes cutâneos ou no teste sanguíneo (RAST). No início do tratamento o paciente deve comparecer à clínica semanalmente e são aplicadas doses crescentes do extrato, por via subcutânea. Quando a dose chega à concentração máxima desejada (dose de manutenção), as aplicações são espaçadas para intervalos quinzenais, depois a cada 21 dias, e depois mensalmente e assim mantidas até o final do tratamento. O tratamento completo tem a duração de três a cinco anos .

EFEITOS COLATERAIS POSSÍVEIS DURANTE A IMUNOTERAPIA

A imunoterapia deve ser realizada na presença de um médico em ambiente adequado, equipado com todo material indispensável para atender eventuais reações sistêmicas. Quando estas reações ocorrem, necessitam de tratamento imediato. Como na maioria destas reações ocorre dentro dos 30 minutos após a injeção, o paciente deverá permanecer no local durante este período. As reações alérgicas podem se apresentar como : queimação, coceira ou inchaço no local da aplicação. Sintomas gerais ocorrem em 0,1 % de todos os tratamentos e podem aparecer como: placas avermelhadas (urticária) disseminadas, coceira nos olhos, ouvidos e garganta, congestão nasal, aperto na garganta ou no peito, tosse, chiado, falta de ar, tontura, náusea e vômitos. Muito raramente podem ocorrer reações graves (anafilaxia). Na grande maioria das vezes as reações cedem com o uso de medicamentos adequados.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre eu e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Declaro ter lido todas as informações acima e ter esclarecido todas as dúvidas com o médico responsável pelo tratamento. Eu compreendi todos os riscos e benefícios da imunoterapia alérgeno-específica e estou de acordo com o tratamento indicado e com todos os termos deste Consentimento Informado. Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Assinatura do paciente ou responsável

_____, _____ de _____ de _____

Local