

**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat ételterheléses vizsgálat kivitelezéséhez  
(gyermekosztály)**

Név: \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_

Tervezett vizsgálat: \_\_\_\_\_ nyílt ételterhelés / placebo kontrollált ételterhelés

Vizsgálat élelmiszer: \_\_\_\_\_

**A tervezett vizsgálat menetének rövid ismertetése**Nyílt ételterhelés

A vizsgálat során az adott élelmiszert 15-30 percnként emelkedő adagokban adagoljuk.

Az elfogyasztást követően jelentkező tüneteket figyeljük, szükség esetén kezeljük és a további adagolást leállítjuk.

Az utolsó adag étel elfogyasztását követően a páciens még 2 órán keresztül megfigyelés alatt marad, ezt követően - amennyiben a tünetek megszűntek - otthonába távozhat.

Placebo kontrollált ételterhelés

Két különálló alkalommal kerül sor az ételterheléses vizsgálatra. Mindkét alkalommal azonos állagú, ízű élelmiszert (pl. tejszerű ital, keksz...) kell elfogyasztani. A két alkalom közül az egyik esetben az elfogyasztott étel/ital tartalmazza az allergia okozásával gyanúsított allergént, a másik alkalommal nem.

A páciens számára csak a teljes vizsgálat végén, a második terhelést követő kontrollvizsgálaton fedjük fel, melyik alkalommal kapott allergént tartalmazó élelmiszert, illetve placebot.

A vizsgálat során az adott élelmiszert 15-30 percnként emelkedő adagokban adagoljuk. Az elfogyasztást követően jelentkező tüneteket figyeljük, szükség esetén kezeljük és a további adagolást leállítjuk. Az utolsó adag elfogyasztását követően a páciens még 2 órán keresztül megfigyelés alatt marad, ezt követően - amennyiben a tünetek megszűntek - otthonába távozhat.

Az ételterheléses vizsgálat célja: az allergén élelmiszer azonosítása, súlyos/azonnali ételallergia fennállásának kizárása vagy bizonyítása, allergia kinövésének megállapítása.

Az ételterhelés lehetséges kockázata: azonnali allergiás reakció (csalánkiütés, száj-szem-arcduzzanat, hányás-hasmenés, befulladás-nehézlégzés) jelentkezhetnek.

Súlyos, igen ritka esetben felléphet vérnyomásesés, nehézlégzés, ájulás, anafilaxiás sokk.

Az adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem, a személyes és különleges adataim kezeléséhez hozzájárulásomat adom.

Az ételterheléssel kapcsolatos felvilágosítást kezelőorvosomtól megkaptam, a vizsgálatba beleegyezem:

\_\_\_\_\_  
beteg/szülő/gondviselő aláírása\_\_\_\_\_  
kezelőorvos neve, aláírása, dátum