

# LÉKOVÁ HYPERSENZITIVITA

Číslo protokolu: .....

Datum protokolu: .....

## **VYŠETŘUJÍCÍ:**

Jméno: ..... Pracoviště: .....

Adresa: ..... Tel / Fax / E-mail: .....

## **PACIENT:**

Jméno: ..... Datum narození: ..... Věk: ..... let

Váha: ..... kg Výška: ..... cm

Povolání: ..... Původ: ..... Pohlaví:  M  Ž

Riziková skupina:  zdravotník  farmaceutický průmysl  farmář  jiné / specifikujte .....

**NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:** .....

## **LÉKOVÁ REAKCE:**

(Lze zatrhnout více možností, ev. zdůrazněte podtržením; pořadí vyjádřete čísly)

### ■ KOŽNÍ PŘÍZNAKY:

makulopapulózní exantém

makulózní exantém

urtikariální exantém

AGEP (akutní generalizovaná exantematózní pustulóza)  .....

ekzematózní exantém

erytema exudativum multiforme

bulózní exantém

Stevens-Johnsonův syndrom / TEN (M. Lyell)

fixní lékový exantém

purpura -> počet trombocytů: .....

palpovatelná  hemoragicko-nekrotická

postižení vnitřních orgánů: .....

kontaktní dermatitis  topická příčina  hematogenní příčina  ..

urtikariální vaskulitis

JEN pruritus

urtikarie

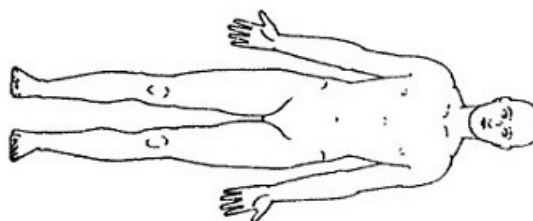
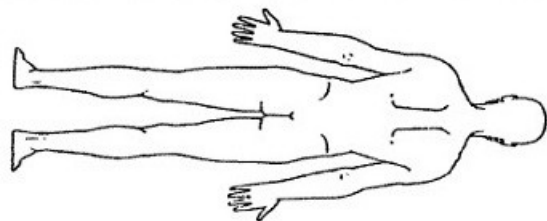
angioedém / lokalizace: .....

konjunktivitis

jiné / specifikace: .....

morfologie / lokalizace: .....

### ■ EFLORESCENCE: Distribuce / Dynamika (↑ ↓)



generalizované

### ■ GASTROINTESTINÁLNÍ A RESPIRAČNÍ PŘÍZNAKY

nauzea / zvracení

průjem

břišní křeče

kašel

dysfonie

dušnost PEF nebo FEV1: .....

pískoty / bronchospasmus

rýma

## **DATUM REAKCE:** .....

### ■ DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA:

.....

.....

### ■ SPOLUPŮSOBÍCÍ FAKTORY:

virové infekce:  chřipkovitá  jiná: .....

horečka

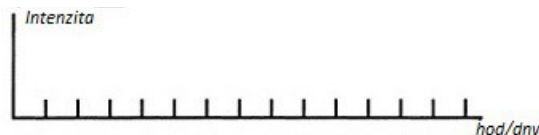
fotosenzitivita?  ne  ano  není známo

stres

fyzická námaha

jiné / specifikujte: .....

### ■ VÝVOJ:



### ■ PŘIDRUŽENÉ PŘÍZNAKY:

postižení:  jater  ledvin  jiné / specifikujte: .....

horečka ..... °C

malátnost

bolest / pálení  lokalizace: .....

otok  lokalizace: .....

artralgie / myalgie  lokalizace: .....

lymfadenopatie

jiné / specifikujte: .....

### ■ KARDIOVASKULÁRNÍ PŘÍZNAKY:

- výtok z nosu
- kýchání
- nosní obstrukce
- jiné / specifikuje: .....

- tachykardie puls: ..... /min
- hypotenze TK: ..... mmHg
- kolaps
- arytmie
- jiné / specifikujte: .....

■ **PSYCHICKÉ PŘÍZNAKY:**

- strach / panická reakce  závrat'
- mdloba
- parestezie / hyperventilace
- pocení
- jiné / specifikujte: .....

■ **POSTIŽENÍ DALŠÍCH ORGÁNŮ:**

(periferní neuropatie, postižení plic, cytopenie atd.)

- .....
- .....
- .....

■ **KLINICKÝ PRŮBĚH:** .....

■ Seznam všech léků včetně volně prodejných, přírodních léčivých prostředků a potravin obsahujících aditiva v době reakce:

■ **SUSPEKTNÍ LÉKY:**

Generický název léku ± aditiva / indikace:	Denní dávka / cesta podání / délka terapie:	Interval mezi dávkou a reakcí	Předchozí léčba tímto lékem:
1.	..... mg/d; .....; ..... d		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> není známo <input type="checkbox"/> ano -> příznaky: .....
2.	..... mg/d; .....; ..... d		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> není známo <input type="checkbox"/> ano -> příznaky: .....
3.	..... mg/d; .....; ..... d		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> není známo <input type="checkbox"/> ano -> příznaky: .....
4.	..... mg/d; .....; ..... d		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> není známo <input type="checkbox"/> ano -> příznaky: .....
5.	..... mg/d; .....; ..... d		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> není známo <input type="checkbox"/> ano -> příznaky: .....
6.	..... mg/d; .....; ..... d		<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> není známo <input type="checkbox"/> ano -> příznaky: .....

- SOUČASNÁ MEDIKACE: .....  antihistaminika .....  
 β-blokátory .....

■ **OPATŘENÍ POUŽITÁ KE ZVLÁDNUÍ AKUTNÍ LÉKOVÉ REAKCE:**

bez léčby

- vysazení suspektního léku č. ....
- antihistaminika  lokálně  systémově
- kortikosteroidy  lokálně  systémově
- bronchodilatancia  lokálně  systémově
- léčba šoku  adrenalin  plazmaexpandy  jiné: .....
- nahrazení jiným lékem:
  - typ / název: .....
  - tolerance: .....
  - jiné / specifikujte: .....
- snížení dávky (lék .....)
- jiná / specifikujte .....

**OSOBNÍ ANAMNÉZA:**

1) BYLY PODOBNÉ PŘÍZNAKY POZOROVÁNY I BEZ POŽÍVÁNÍ SUSPEKTNÍHO LÉKU?  ano  ne  není známo

**2) OSOBNÍ ANAMNÉZA:**

- astma                                     autoimunita (Sjögren, Lupus atd.)                                     urtikaria pigmentoza / syst. mastocytóza  
 nosní polypóza                             lymfoproliferace (ALL, CLL, Hodgkin, atd.)                                     chronická urtika  
 cystická fibróza                             operace meziobratlové ploténky                                     HIV pozitivita  
 diabetes                                     játra: .....                                     ledviny: .....  
 jiné / specifikujte: .....

**3) ALERGICKÉ NEMOCI:** .....

(např. polinóza, atopická dermatitida, alergie na potraviny, jed blanokřídleho hmyzu, latex atd.)

**4) REAKCE NA LÉKY PŘI PŘEDCHOZÍM CHIRURGICKÉM ZÁKROKU:** .....

- zubním                                     v lokální anestezii                                     v celkové anestezii (počet: ..... )

**5) REAKCE PŘI PŘEDCHOZÍM OČKOVÁNÍ:** .....

- dětská obrna                             tetanus                                     zarděnky                                     spalničky                                     hepatitis B  
 záškrt                                     jiné: .....                                     není známo

**RODINNÁ ANAMNÉZA:** alergie / lékové alergie:**POZNÁMKY:****VYŠETŘENÍ:**

■ <b>AKUTNÍ VYŠETŘENÍ:</b> (již provedená)		DATUM	V NORMĚ	VÝSLEDKY	
				PATOLOGICKÉ	SPORNÉ
<input type="checkbox"/> Krev:	<input type="checkbox"/> KO: <input type="checkbox"/> Eosinofily:	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: ..... relat; ..... abs.	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> další:	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: ..... relat; ..... abs.	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ECP (eosinof. kat. protein)	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> CRP / FW	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: .....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> JT:	<input type="checkbox"/> průtoková cytometrie (specifikujte: .....)	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> tryptáza	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> AST	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: .....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ledviny / moč:	<input type="checkbox"/> ALT	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> GGT	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ALP	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: .....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> speciální:	<input type="checkbox"/> kreatinin	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> methylhistamin	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> jiné: .....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> mediátory a metabolity (IL-4, IL-5, IL-10, IFN $\gamma$ )	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hodnota: .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> imunokomplexy	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> komplement	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> kožní biopsie: .....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>

**■ VYŠETŘENÍ:**

	NEGATIVNÍ	POZITIVNÍ	SPORNÉ
<b>Kožní testy:</b>			
<input type="checkbox"/> Prick: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> časná r. <input type="checkbox"/> pozdní r.	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> časná r. <input type="checkbox"/> pozdní r.	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> časná r. <input type="checkbox"/> pozdní r.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> intradermální: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> časná r. <input type="checkbox"/> pozdní r.	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> časná r. <input type="checkbox"/> pozdní r.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> scratch – patch: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> časná r. <input type="checkbox"/> pozdní r.	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> časná r. <input type="checkbox"/> pozdní r.	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> časná r. <input type="checkbox"/> pozdní r.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> jiné: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> časná r. <input type="checkbox"/> pozdní r.	<input type="checkbox"/>
<b>Krevní testy:</b>			
<input type="checkbox"/> celkové IgE		<input type="checkbox"/> hodnota: .....	
<input type="checkbox"/> specifické IgE na léky: <input type="checkbox"/> CAP <input type="checkbox"/> RAST		<input type="checkbox"/> hodnota: .....	
.....		<input type="checkbox"/> hodnota: .....	
.....		<input type="checkbox"/> hodnota: .....	
.....		<input type="checkbox"/> hodnota: .....	
<input type="checkbox"/> specifické IgG / Coombsův test přímý: .....		<input type="checkbox"/> hodnota: .....	
<input type="checkbox"/> Coombsův test nepřímý: .....		<input type="checkbox"/> hodnota: .....	
<input type="checkbox"/> jiné: .....		<input type="checkbox"/> hodnota: .....	
<b>Buněčné testy:</b>			
<input type="checkbox"/> lymfocytární transformační test (LTT): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI: .....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI: .....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI: .....	<input type="checkbox"/>

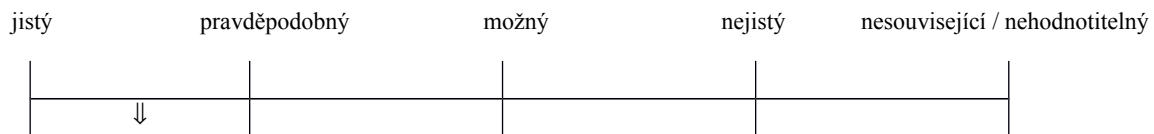
- |                          |  |                          |                          |                          |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                          | <input type="checkbox"/> test aktivace bazofilů (specifikujte: ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | <input type="checkbox"/> CAST test                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                          | <input type="checkbox"/> jiné: .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Provokační testy:</u> | <input type="checkbox"/> lokální anestetika: .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          | <input type="checkbox"/> NSAID: .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          | .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          | <input type="checkbox"/> aspirin                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          | <input type="checkbox"/> paracetamol                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          | <input type="checkbox"/> nimesulid                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          | <input type="checkbox"/> β-laktamová antibiotika: .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          | .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          | <input type="checkbox"/> jiné: .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

**INTERPRETACE:**

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> reakce I. typu (IgE mediovaná)           | na: A ..... |
| <input type="checkbox"/> reakce II. typu (protilátkami mediovaná) | na: B ..... |
| <input type="checkbox"/> reakce III. typu (imunokomplexová)       | na: C ..... |
| <input type="checkbox"/> reakce IV. typu (buněčná, pozdní)        | na: D ..... |
| <input type="checkbox"/> cytotoxická reakce, buněčná              | na: E ..... |
| <input type="checkbox"/> pseudoalergická reakce                   | na: F ..... |
| <input type="checkbox"/> farmakologická reakce                    | na: G ..... |
| <input type="checkbox"/> psychofyziologická reakce                | na: H ..... |
| <input type="checkbox"/> jiná: .....                              | na: I ..... |

■ ŠKÁLA PRAVDĚPODOBNOTI PŘÍČINNÉHO VZTAHU MEZI LÉKEM A REAKCÍ:

(na škále vyznačte lék písmenem)



Specifikujte: .....

- POSÍLÁNO HLÁŠENÍ?    ne    ano    komu?: ..... datum: .....

**POZNÁMKY:** .....  
 .....