Dr. Jason K Lee M.D., F.R.C.P.C.

Suite 920

123 Edward St, Toronto ON, Canada

M5G 1E2

TEL: 647-352-2554

FAX: 1-866-881-7790

**면역요법 환자 동의서**

알레르겐 면역요법(알레르기 주사)은 환자의 알레르기성 비염이나 천식 증상을 완화시키기 위하여 몸의 면역 체계에 변화를 주는 각종 항원을 피하주사를 통해 투여하는 것을 지칭합니다. 이 면역요법은 일반적인 알레르기나 천식 약으로는 상태가 나아지지 않는 환자들에게 사용됩니다.

이 알레르기 주사는 종종 즉각적인 대처가 필요한 약물 반응을 일으키는 경우가 있기 때문에 반드시 적합한 의료기관에서 전문의의 참관 아래 이루어져야합니다. 전문의의 대처가 필요한 반응들으로는 심한 경우 눈,코, 혹은 목이 가려워지고, 콧물이 흐르거나 코가 막히고, 코와 목이 답답하고 막힌 듯한 느낌이 들고, 기침이 나고, 숨을 쌕쌕 거리며 쉬고, 어지러워지고, 현기증이나고, 구토할 듯한 느낌이 들고, 두드러기가 나고, 온몸이 가려워지고, 자궁에 경련이 오며, 저혈압에 의한 쇼크 등이 있습니다. 이러한 약물 반응들은 거의 일어나지 않지만 심각한 결과를 초래할 수 있습니다. 하지만 생명에 지장을 줄 확률은 아주 적습니다(2,500,000 분의 1의 확률).

면역요법의 위험성을 최소화하기 위해 다음과 같은 예방책들이 이루어집니다:

1. 미국 천식 알레르기 및 면역학 협회 (American Academy of Asthma Allergy; AAAAI)의 규정에 따라 환자분은 항원 투여 이후 30분간은 의료기관을 떠나서는 안됩니다 (17이하 환자의 경우 법적 보호자가 반드시 함께 있어야 합니다). 이는 환자분의 건강에 치명적일 수 있는 반응들은 항원 투여 이후 20-30분 안에 일어나기 때문입니다.
2. 만약 환자분께서 몸 상태가 좋지 않은 경우(아픈 경우), 천식 증상이나 월경 증상이 평소보다 더 심한 경우에는 항원 투여를 받지 말아야 합니다.
3. 환자분께서는 반드시 가장 최근에 받았던 항원 투여에 대한 몸의 반응에 대해 말씀을 해 주셔야 합니다.
4. 알레르기 면역요법을 받고 계시는 환자분들은 응급 상황시 투여하는 약의 효과를 떨어뜨릴 수 있는 베타 차단제(beta-blocker) (예: 아테놀롤(atenolol)이나 메토프롤롤(metoprolol) 등)를 **투여 받거나 복용하는 것을 피하셔야 합니다.**
5. 알레르기 면역요법을 받고 계시는 환자분들은 비스테로이드 항염증약 (nonsteroidal anti-inflammatory drug) (예: 이부프로펜(ibuprofen), 애드빌(advil), 모트린(motrin), 아스피린, 나프로신(Naprosyn)을 **투여 받거나 복용하는 것을 피하셔야 합니다.**

나는 환자 정보지에 적힌 면역요법에 대한 설명을 모두 읽었으며 이해하였습니다. 이 면역요법의 잠재적인 부작용에 대해 물어볼 기회를 받았으며 모든 질문에 충분한 대답을 받았습니다. 위에 명시된 항원투여 이후 올 수 있는 몸의 반응들로 부터 나를 보호 할 모든 예방책과 대비책들이 이행 될 것을 알고 있으며 만약 이러한 반응들이 실제로 일어날 경우 담당 전문의에게 치료 권한을 맡길 것입니다.

**알림**: 이 문서에 서명함으로써 이 의료 기관에게 알레르겐 백신에 대한 비용을 청구 할 권리를 위임합니다. 개인적인 이유로 면역요법 프로그램을 취소하는 경우에도 이미 백신이 준비되어 있다면 이 의료 기관은 나에게 백신 비용을 청구할 권리가 있습니다. 백신은 최장 진료 1.5주 전부터 준비 될 수 있으며 만약 이번 치료에 필요한 경우 사전 허가를 받고 위해 보험사를 접촉할 것을 알고 이에 동의합니다.

**환자: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**부모 혹은 법적 보호자: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

환자의 부모 혹은 법적 보호자로써 환자가 항원 투여를 받은 후 20~30여분동안 계속 환자의 곁에 있을 것을 서명합니다.

**증인: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 날짜:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**