

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE ESTUDIO DE ALERGIA A ALIMENTOS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La prueba de ingestión controlada de un alimento está indicada cuando se sospecha que uno o varios componentes de la comida hayan provocado al paciente un efecto dañino o no deseado.

El objetivo de la prueba es confirmar o descartar la relación entre un alimento concreto y el cuadro padecido tras su ingestión, con el fin de prevenir posibles nuevas reacciones y evitar su exclusión innecesaria de la dieta.

Es importante resaltar que aunque el estudio actual demuestre la tolerancia a un determinado alimento, eso no descarta una posible sensibilización futura al mismo o a otro alimento similar.

¿Cómo se realiza?

Prueba de exposición controlada: se toman pequeñas dosis de un determinado alimento por boca, aumentando progresivamente el volumen hasta llegar a la cantidad que se toma en general a la edad del paciente. La provocación puede ser negativa, con buena tolerancia del alimento testado (lo que significa que podrá ser tomado con seguridad en el momento actual), o puede ser positiva, produciendo una reacción de menor, igual o mayor intensidad de la que motivó la consulta.

La prueba que se va a realizar en este caso es

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

En las pruebas de tolerancia oral, puede haber reacción a nivel: cutáneo (ronchas generalizadas, hinchazón de párpados y labios), respiratorio (congestión nasal, dificultad para respirar), digestivo (vómitos y diarrea), cardíaco (palpitaciones, mareo por bajada de la tensión), etc.

Las reacciones pueden aparecer de forma inmediata durante la prueba o un poco después, por lo que el paciente debe permanecer el tiempo necesario en observación en la consulta.

Si hubiera alguna reacción más tardía, que en todo caso suele ser de menor intensidad, deberá seguir las indicaciones del médico. También existe el riesgo de contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Las pruebas se realizarán con el equipo técnico y personal sanitario especializado en las mismas. El paciente estará protegido continuamente con la asistencia médica y sanitaria adecuada y con los tratamientos que precise.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/> |puede | | |

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

“En los pacientes con enfermedades graves o crónicas y/o en tratamiento farmacológico activo se tendrá en cuenta, tras valoración personalizada del caso, si los beneficios superan los riesgos de la realización del procedimiento”.

CONTRAINDICACIONES

No tiene

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

Si no se realiza la prueba, el paciente debe dejar de tomar el alimento que se supone le ha producido la alergia y aquellos que el médico recomiende para evitar futuros problemas.

AUTORIZACIÓN PARA “REALIZACIÓN DE ESTUDIO DE ALERGIA A ALIMENTOS”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: