

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE DESENSIBILIZACIÓN A ALIMENTOS

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La prueba de desensibilización a alimentos consistirá en la administración de cantidades progresivamente crecientes del mismo, para intentar que el paciente tolere un alimento al que es alérgico.

Se recurre a la desensibilización cuando se considera indispensable para la salud del paciente.

Una vez terminada la prueba, es necesario seguir tomando el alimento de forma regular en el tiempo (salvo indicación contraria del médico), ya que la reintroducción del alimento tras un periodo de supresión puede volver a provocar reacciones no deseadas.

La finalidad de la técnica es lograr que el paciente pueda tomar de manera segura el alimento al que es alérgico.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

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

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

En general los riesgos de la prueba son leves. Los posibles efectos secundarios pueden ser cutáneos (ronchas y rojeces en la piel), respiratorios (afonía, pitos y sensación de asfixia) o digestivos (dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarrea) y pueden requerir la suspensión de la prueba y la administración de un tratamiento.

En contadas ocasiones pueden presentarse crisis graves de broncoespasmo (estrechamiento de los bronquios), que impiden el paso del aire hacia los pulmones y causan asfixia. 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*)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....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, se debe dejar de tomar el alimento sospechoso y aquellos que el médico considere oportuno para evitar problemas.

## AUTORIZACIÓN PARA “REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE DESENSIBILIZACIÓN A ALIMENTOS”

Yo, D./Dª , 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: