

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

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

En esta prueba se administran dosis crecientes del medicamento al que el paciente es alérgico, para intentar que lo tolere. La finalidad de la técnica es lograr que un medicamento pueda tomarse con seguridad durante el tiempo necesario, cuando no existe un tratamiento alternativo y se considere necesario para la salud del paciente.

Para mantener la tolerancia, el paciente deberá seguir tomando con regularidad el fármaco en cuestión según las indicaciones del médico responsable: si deja de tomarlo un tiempo se perderá la tolerancia al fármaco y el efecto de esta técnica.

### **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, esta prueba es bien tolerada y las posibles complicaciones del procedimiento son leves y poco frecuentes. Estas pueden ser causadas por la propia acción del fármaco o por una reacción alérgica y a veces, pueden ser graves y obligar a suspender la técnica y administrar un tratamiento. 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 técnica, el paciente deberá dejar de tomar el medicamento al que es alérgico y aquellos que el médico considere oportuno para evitar problemas.

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

Yo, D./D.<sup>a</sup> , 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.<sup>a</sup> , 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: