

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE TEST DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL ESPECÍFICA CON ALÉRGENOS

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

La prueba consiste en inhalar dosis crecientes de una sustancia capaz de producir alergia, para valorar si eso produce un descenso de la función pulmonar.

La finalidad de la técnica es comprobar con seguridad si el paciente padece hiperreactividad bronquial o asma causados por el alérgeno en cuestión y, por lo tanto, los síntomas que presenta (tos, fatiga, pitos, etc) son atribuibles a la exposición al mismo.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Si la prueba es positiva, se produce un descenso de la función pulmonar que se puede manifestar con tos, pitos y sensación de falta de aire.

En ocasiones puede presentarse una crisis más grave de espasmo bronquial (estrechamiento de los bronquios), con mayor sensación de falta de aire, que se trataría como una crisis asmática. 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

- Accidente cerebrovascular en los 3 meses previos.
- Aneurisma (ensanchamiento) de la aorta.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene. Si no se realiza la prueba, no se puede llegar a saber con certeza si el asma es debido a la sensibilización a alérgenos, por lo que el diagnóstico seguirá siendo sólo de presunción.

### AUTORIZACIÓN PARA “REALIZACIÓN DE TEST DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL ESPECÍFICA CON ALÉRGENOS”

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: