**Consentimiento informado para la realización de estudio de alergia a alimentos**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento Nacional de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del médico que informa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº de colegiado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de entrega del formulario de CI: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

## Información

* El estudio de la alergia a alimentos consiste en la realización de una serie de pruebas que incluyen desde los tests cutáneos y/o los estudios de laboratorio que se precisen para conocer si el paciente está sensibilizado (tiene anticuerpos de alergia) frente al/los alimento/s en cuestión. En algunos casos, puede estar indicada la realización de las pruebas de provocación o tolerancia oral con el/los alimento/s implicado/s.
* Las pruebas de provocación o tolerancia con alimentos son necesarias para confirmar o descartar un diagnóstico de alergia a alimentos. Se realizan administrando, por vía oral y a lo largo de varias horas, cantidades progresivamente crecientes del alimento hasta una cantidad habitual para la edad del paciente.
* Estas pruebas comportan el riesgo de inducir una reacción de intolerancia o de tipo alérgico. La provocación puede ser negativa, con buena tolerancia del alimento, lo que significa que usted puede tomarlo; o positiva produciendo una reacción alérgica de menor, igual o mayor intensidad que la que motivó la consulta. Los síntomas aparecen habitualmente a los pocos minutos tras la ingesta, pero a veces pueden ser retardados (varias horas después de finalizar la prueba). En estos casos, suelen ser de menor intensidad, pero deberá seguir las instrucciones dadas por su médico al finalizar la prueba.
* **Los riesgos más frecuentes** son las molestias locales: picor de boca, labios, etc. Acostumbran a desaparecer a las pocas horas o minutos. No obstante, también pueden aparecer reacciones en la piel como picores con o sin enrojecimiento de la piel, ronchas o hinchazón. Estos síntomas acostumbran a desaparecer al suspender momentáneamente la prueba y administrarle medicación para ello.
* **Riesgos poco frecuentes**: en ocasiones la prueba puede producir reacciones generales.
* En el aparato respiratorio puede suceder congestión nasal y de ojos, dificultad para respirar; afonía, pitos en el pecho y sensación de asfixia.
* En el aparato digestivo, vómitos, diarrea, náuseas, dolor abdominal.
* En el aparato cardíaco, palpitaciones, mareo por disminución de la tensión o choque anafiláctico. En casos excepcionales las reacciones graves pueden producir una parada cardiorrespiratoria. En este caso se tomarán medidas de reanimación. Es grave, pero generalmente reversible, aunque de forma excepcional un choque anafiláctico puede provocar la muerte.
* **Riesgos personalizados** de la prueba de provocación/tolerancia a alimentos:
* Debe comunicarnos si ha tomado o está tomando alguna medicación o si existe posibilidad de embarazo.
* Otras circunstancias personales como los posibles hábitos tóxicos y enfermedades crónicas también nos deben ser informadas ya que pueden incrementar el riesgo de sufrir complicaciones.
* Además, en su caso concreto y tras conocer los detalles de su historial clínico, existe el riesgo de (*rellenar por el médico en caso de darse una circunstancia específica del paciente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_
* Las pruebas serán realizadas por personal sanitario especializado en las mismas y durante su realización usted recibirá continuamente la asistencia médica necesaria.
* La importancia de la realización de las pruebas de provocación radica en la necesidad de conocer exactamente el/los alimentos que deben ser excluidos de la dieta del paciente y cuáles pueden ser incorporados y evitar en lo posible nuevas reacciones.
* En caso de no querer realizar el estudio o de revocar el presente consentimiento, su médico le informará de qué alimentos debe seguir evitando en su dieta para disminuir la posibilidad de reacciones futuras.

**Declaro que:**

* He comprendido la naturaleza y propósitos de las pruebas de provocación con alimentos.
* Me han sido explicados los posibles beneficios y riesgos del procedimiento mencionado.
* Estoy satisfecho de la información recibida.
* He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
* En consecuencia, libre y voluntariamente autorizo a que me sean realizadas las pruebas del estudio de alergia a alimentos.
* Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento.

Y para que conste, firmo el presente documento, después de haberlo leído con una antelación mínima de 24 horas antes de la realización de la prueba de provocación con alimentos:

*Firma del paciente Firma del médico*

**Consentimiento subrogado**

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para prestar consentimiento, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo la realización del procedimiento mencionado.

*Firma del representante legal*

**Revocación del consentimiento**

Revoco el consentimiento prestado con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y NO DESEO REALIZAR O PROSEGUIR con la PRUEBA DE PROVOCACIÓN/TOLERANCIA CON ALIMENTOS.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma del paciente Firma del médico*