

Consentimiento informado para la realización de pruebas de provocación específica por vía nasal o conjuntival

Nombre del paciente: _____
Documento Nacional de Identidad: _____
Nombre del médico que informa: _____ N° de colegiado: _____
Fecha de entrega del formulario de CI: ____/____/____

Información

- La prueba de provocación específica nasal o conjuntival es necesaria en su caso para determinar, con la mayor exactitud posible, la causa de su proceso respiratorio alérgico.
- Consiste en la aplicación del agente sospechoso en la mucosa nasal (nariz) o conjuntival (ojo), mediante instilación de gotas conteniendo el agente (alérgeno) causal sospechado. Se le administrarán dosis progresivamente crecientes, bajo vigilancia médica, observando su función respiratoria nasal y, si fuese necesario, su función pulmonar o bien la reactividad de la conjuntiva ocular.
- Los riesgos más frecuentes** son las molestias locales: síntomas nasales de obstrucción, estornudos, secreción mucosa y picor nasal, en un grado variable de intensidad, o síntomas oculares como picor, enrojecimiento del ojo, lagrimeo y, rara vez, hinchazón de la conjuntiva o de los párpados.
- Riesgos poco frecuentes:** En ocasiones, pueden aparecer crisis de asma, de intensidad variable pero rara vez graves.
- Riesgos personalizados** de la prueba de provocación específica nasal o conjuntival:
 - 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 si el/los alérgenos sospechoso/s son los verdaderos causantes de sus síntomas alérgicos.
- En caso de no querer realizar el estudio o de revocar el presente consentimiento, su médico le informará de qué implicaciones puede tener esto en el estudio diagnóstico o seguimiento de su caso.

Declaro que:

- He comprendido la naturaleza y propósitos de las pruebas de provocación nasal o conjuntival.
- 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 medicamentos.

Clínica de Asma y Alergia
Dres. Ojeda
www.clinicaojeda.es
info@clinicaojeda.es

C/ Oquendo, 23
28006 Madrid
Tlf: 91 562 32 62
91 562 67 27

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 específica nasal o conjuntival:

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 NASAL O CONJUNTIVAL.

En _____, a fecha: _____

Firma del paciente

Firma del médico