

Consentimiento Informado Estudio de Alergia a Medicamentos

Declaración de.....
o en su caso su representante legal.....
DNI.....en calidad de.....

El estudio de alergia a medicamentos consiste en la realización de pruebas cutáneas y / o tolerancia, además de los estudios de laboratorio que precise.

La prueba de tolerancia consiste en la administración controlada de cantidades progresivamente crecientes del fármaco para ver si no se producen los síntomas que el paciente atribuye a la administración del mismo.

Las pruebas de tolerancia pueden ser **negativas**, con buena tolerancia al fármaco probado, o **positivas**, produciendo en este caso una reacción alérgica de menor, igual o mayor intensidad que la que motivó la consulta (urticaria, angioedema, anafilaxia, asma, rinitis...). Excepcionalmente esta reacción puede ser grave hasta el punto de comprometer la vida.

Una vez finalizada el estudio, la tolerancia de un determinado medicamento no significa que, en un futuro más o menos lejano, no pueda sensibilizarse al mismo.

Por mi situación médica actual (cardiopatía, HTA, hipertiroidismo, edad avanzada,
.....) pueden aumentar los riesgos de complicaciones como.....
.....

Contraindicaciones, si las hubiera :

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza 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 todas mis dudas.

En consecuencia, AUTORIZO y DOY MI CONSENTIMIENTO a que me sean realizadas las PRUEBAS DEL ESTUDIO DE ALERGIA A MEDICAMENTOS, pudiendo no obstante revocar este consentimiento en cualquier momento. Y para que conste firmo el presente documento después de haberlo leído.

Plasencia a.....dede

El paciente o persona autorizada

**Alergólogo /a.
N ° de colegiado:**

.....

.....

NO ACEPTACIÓN / REVOCACIÓN: Revoco el consentimiento prestado. No acepto el estudio propuesto. No deseo continuar con el proceso que doy por finalizado en esta fecha.

En Plasencia a.....dede

El paciente o persona autorizada **Alergólogo /a.
N ° de colegiado:**

.....