

Consentimiento Informado Test de provocación Inhalatoria Inespecífica con Metacolina

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

El propósito del test de provocación inhalatoria inespecífica con metacolina es determinar la reactividad bronquial de un paciente ante esta sustancia.

Consiste en la inhalación de dosis progresivamente crecientes de esta sustancia y la realización de una espirometría detrás de cada inhalación para determinar la afectación de la función respiratoria. El test dura aproximadamente una hora y media.

Esta prueba es necesaria para confirmar o descartar el diagnóstico de asma.

Riesgos e inconvenientes: Usted puede notar una sensación de falta de aire, tos, opresión torácica, dificultad para respirar, cefalea o ruidos torácicos. En el caso de que ocurran, estos síntomas son leves y habitualmente revierten en pocos minutos con un broncodilatador. La posibilidad de asma grave es mínima.

Por su 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 DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL INESPECÍFICA CON METACOLINA, 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:**

.....

.....