

Consentimiento Informado test de Provocación Conjuntival Específica

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

La prueba de provocación conjuntival específica consiste en la administración de un alérgeno que puede provocar la irritación de la conjuntiva ocular. La prueba se realiza administrando dosis progresivamente crecientes del alérgeno y evaluando la afectación ocular de forma periódica

La prueba de provocación conjuntival específica es necesaria para identificar la sustancia responsable de su enfermedad

La prueba puede causar síntomas de irritación conjuntival de intensidad variable y conlleva escaso riesgo de reactivación de su enfermedad alérgica a distancia (rinitis, asma, urticaria ...). Los síntomas graves (anafilaxia) son excepcionales. En caso de presentar síntomas se le administrará el tratamiento adecuado.

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 CONJUNTIVAL ESPECÍFICA, 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:

.....

.....