

Consentimiento Informado Test de provocación inhalatoria específica

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

El propósito del test de provocación inhalatoria específica es determinar la reactividad bronquial de un paciente ante una determinada sustancia, con la finalidad de determinar la posible implicación de esa sustancia en su problema respiratorio.

Consiste en la inhalación de dosis progresivamente crecientes de la sustancia y la realización de una espirometría detrás de cada inhalación para determinar si se ha afectado la función respiratoria. A veces es necesario un seguimiento durante los siguientes dos o tres días. En estos días se le harán análisis de sangre y de los gases arteriales de forma seriada.

Esta prueba es necesaria para confirmar o descartar la implicación de la sustancia que le probamos en su problema respiratorio.

Riesgos e inconvenientes: Pueden reproducirse los síntomas que usted presenta cuando se expone de forma natural a esa sustancia (dificultad respiratoria, tos, ruidos torácicos, crisis de asma grave, fiebre, infiltrados pulmonares). Como la prueba comienza con una dosis de sustancia muy baja, habitualmente estos síntomas son leves, aunque en algunos casos pueden ser graves, precisando incluso ingreso hospitalario.

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

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 INHALATORIA 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:**

.....

.....