

Consentimiento Informado para el tratamiento con inmunoterapia en los pacientes con Alergia a Veneno de Himenópteros

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

INFORMACIÓN

- Tras el estudio alergológico que le ha sido practicado, hemos llegado a la conclusión de que padece alergia al veneno de himenópteros (abeja y/o avispa).
- En caso de ser picado de nuevo por el insecto al que usted es alérgico, tiene aproximadamente un 50 % de sufrir una reacción de igual o mayor gravedad a la que presentó anteriormente. Esta reacción puede llegar a ser mortal, si no se adoptan las medidas de emergencia oportunas, en un breve plazo de tiempo tras la picadura.
- Independientemente de aconsejarle que lleve consigo un tratamiento para que usted se lo administre en el caso de presentar una reacción grave y no estar cerca de un servicio médico; desde el punto de vista preventivo, existe la posibilidad de administrar un vacuna con veneno de abeja o avispa, que le proponemos a través de este documento.
- Este tratamiento tiene que ser prolongado, entre 3 y 5 años o más y no está exento de riesgos.
- Aproximadamente en un 10 % de los pacientes se presentan reacciones sistémicas y aunque en su mayoría son de poca gravedad, obliga a que el tratamiento deba ser aplicado en el medio hospitalario y bajo el control del Médico Especialista, para que sean controladas de manera adecuada.
- La eficacia del tratamiento es alta, estimándose que un 90-98 % de los pacientes tratados no sufren reacciones graves en futuras picaduras.

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 se me administre la inmunoterapia para veneno de himenópteros (abeja / avispa), pudiendo no obstante revocar este consentimiento en cualquier momento. Y para que conste firmo el presente documento después de haberlo leído.

Plasencia a.....de

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:

.....

.....