



1. Identificación y descripción del procedimiento

El médico me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una PRUEBA DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL ESPECÍFICA.

Es un procedimiento que, mediante la exposición controlada a una determinada sustancia con la que suelo estar en contacto, permite estudiar si los síntomas que presento se relacionan con dicha exposición. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, precisa de ingreso hospitalario durante unos días. Es posible que durante el ingreso deba suspender temporalmente alguno de mis tratamientos habituales, como.....

Se me ha informado de los posibles riesgos de esta supresión (reaparición de los síntomas que suelo presentar) y que podrían provocar que la prueba deba aplazarse o incluso suspenderse definitivamente. En el desarrollo del estudio puede ser precisa la colocación de una vía venosa para administrar medicaciones en caso necesario. También es posible que haya que realizar radiografías de tórax. El médico me ha informado de los posibles riesgos de la radiación.

El primer día se realizarán pruebas de funcionalismo respiratorio basales y tras provocación bronquial inespecífica. Posteriormente, pasará a una cabina de provocación, que es un habitáculo cerrado herméticamente en el que se me expondrá a concentraciones controladas de la sustancia a estudiar, durante un tiempo variable, en función de mi situación clínica y de la sustancia. Las concentraciones se van aumentando en los días sucesivos, hasta un límite prefijado o hasta conseguir una respuesta positiva (aparición de síntomas clínicos o descenso de las cifras de la espirometría).

Durante el tiempo de exposición estaré solo, vigilado por el equipo médico responsable. Tras salir de la cabina tendré que hacer una espirometría cada hora en un espirómetro portátil y anotar los valores para que el médico los pueda interpretar.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Es un procedimiento que, mediante la exposición controlada a una determinada sustancia con la que suelo estar en contacto, permite estudiar si los síntomas que presento se relacionan con dicha exposición.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

No existen. El médico me ha explicado que en mi caso no existe otro procedimiento mejor ni más específico para el diagnóstico de mi enfermedad.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Diagnostico de la enfermedad.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

No diagnostico de la enfermedad

6. Riesgos frecuentes

El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, comporta un riesgo controlable pero real. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables o complicaciones. Habitualmente son muy raras. Algunos pacientes no tienen ningún síntoma en absoluto.

Ocasionalmente podría padecer dificultad respiratoria, tos, opresión torácica, ruidos torácicos sibilantes o cefalea. De producirse estos síntomas, son leves y transitorios, limitados a pocos minutos, y desaparecen tras la inhalación de la medicación. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente y me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, hipersensibilidad a la histamina o fármacos colinérgicos, enfermedades cardiopulmonares, embarazo, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

7. Riesgos poco frecuentes

Es excepcional que se produzca un "ataque grave de asma", lo que provocaría gran dificultad respiratoria. Si esto ocurriera, sería inmediatamente tratado, estamos preparados para ello.

8.- Riesgos en función de la situación clínica del paciente.

Riesgos personalizados: están relacionados con el estado de salud previo del paciente y los más significativos en su caso son

9. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en , DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) , con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de

y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

