



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** El estudio de alergia a medicamentos se solicita cuando se sospecha que uno o varios fármacos han provocado un efecto dañino o no deseado tras su administración. Se trata de confirmar o descartar que usted tiene alergia u otro tipo de reacción adversa al fármaco por el que se consulta, evitar en lo posible nuevas reacciones, evitar prohibiciones innecesarias de medicamentos e indicar los fármacos que puede tomar tras confirmar que los tolera. Usted debe facilitar a el/la especialista la mayor información posible sobre la reacción.
2. **¿Cómo se realiza?:** El estudio de alergia a medicamentos puede incluir diversos tipos de técnicas como:
 - Pruebas cutáneas: se realizan aplicando sobre la piel una pequeña cantidad de los medicamentos con diferentes métodos (prick o picadura, inyección debajo de la piel o parche).
 - Pruebas de laboratorio (analítica de sangre): sólo están disponibles para algunos medicamentos y son menos sensibles que las pruebas cutáneas.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**

- Riesgos frecuentes: las pruebas cutáneas pueden producir, cuando son positivas, reacciones locales leves en la zona de aplicación de la piel (enrojecimiento, habón, picor, ampolla).
- Riesgos poco frecuentes: muy raramente, las pruebas cutáneas pueden producir reacciones generales. Sin embargo, las pruebas de exposición controlada, de forma ocasional, pueden desencadenar reacciones alérgicas que reproduzcan la reacción previa, en menor, igual o mayor intensidad. Puede manifestarse en la piel con ronchas, hinchazón labios o párpados. Respiratorias como congestión nasal y de ojos, dificultad para respirar. Digestivas como vómitos, diarrea. Cardíacas como palpitaciones, mareo por disminución de la tensión o choque anafiláctico. En casos excepcionales las reacciones graves pueden producir la muerte.

Las reacciones pueden aparecer de forma inmediata o pasadas unas horas. Deberá permanecer el tiempo necesario en observación en nuestra consulta. Si presentara alguna reacción más tardía, fuera del horario de consulta, suelen ser de menor intensidad y deberá seguir las instrucciones dadas por su médico. El estudio completo se puede prolongar varios días, dependiendo del número de fármacos en estudio.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:**

5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** No llegar al diagnóstico correcto y tener que prohibir medicamentos que puede necesitar en un futuro.

6. **Alternativas:** Si el/la paciente teme realizarse el estudio deberá evitar todos los medicamentos implicados en la reacción. Si su alergólogo/a considera que por los datos de la historia clínica es suficiente para llegar a un diagnóstico sin necesidad de realizar las pruebas, se recomendará por escrito los medicamentos que debe evitar, existiendo casi siempre alternativas terapéuticas.

7. **Riesgos en función de la situación del paciente.** Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales son _____

ALERGOLOGÍA
ESTUDIO DE ALERGIA A MEDICAMENTOS
(SIN PRUEBAS DE EXPOSICIÓN CONTROLADA)

8. DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____