



**Consentimiento informado para
Testificación Cutánea para
Aeroalergenos y Alimentos**

La testificación cutánea es un método diagnóstico que permite identificar si el paciente tiene anticuerpos del tipo IgE (involucrados en alergia) contra elementos del medio ambiente y/o alimentos. Este test se realiza en el antebrazo o en la región inter-escapular de la espalda donde se colocan gotas con proteínas que pueden producir alergia, estas gotas se tocan luego con una lanceta que es un elemento mínimamente punzante y que tiene por objetivo introducir en la primera capa de la piel el extracto utilizado. El procedimiento no produce sangrado ya que es muy superficial y solo genera leve disconfort. La probabilidad de presentar una reacción alérgica importante por el test (ronchas generalizadas, dificultad respiratoria, hipotensión arterial, anafilaxia etc.) **es muy baja, 1/100000 aproximadamente, por lo que se considera un test seguro.**

Como alternativa a este test se encuentran los test en sangre o Rast, los cuales permiten evaluar los mismos anticuerpos pero son menos sensibles, se requiere una muestra de sangre importante para valorar igual cantidad de alérgenos y es mucho más lento ya que con el test cutáneo se obtiene información relevante en tan solo 15-20 minutos.

Yo dejo expresa constancia que he sido informada/o de mi afección y de los métodos de estudio que se me realizarán a fin de intentar certificar la causa de mi enfermedad. Se me informa también los riesgos y posibilidades de resultados de estos test. Así como también las complicaciones propias y más frecuentes:

Locales: Eritema (piel de color rojizo), roncha, picazón local-

Sistémicas: Ronchas generalizadas, dificultad respiratoria, hipotensión arterial, dolor abdominal, reacciones vasovagales, edema de glotis, anafilaxia. En los primeros 20 minutos.

Entiendo lo que significan los beneficios y riesgos de estos métodos. Asumo el riesgo en ejercicio de mi libre voluntad y doy mi consentimiento para que se realice el test.

Autorizo entonces al Dr/ Dra/ Enf. A que me realice el test y o a realizar tratamiento y/o medidas a tomar a buen criterio del profesional interviniente para el alivio de mi afección.

Autorizo además a colocar el diagnóstico en mi historia clínica y a difundir mi diagnóstico al personal que corresponda con el fin de protegerme del padecimiento de una reacción alérgica

Se me informa igualmente que el procedimiento tiene para mi futuro más beneficios que riesgos.

Firma del Paciente: Firma del Testigo:

Aclaración:..... Aclaración:.....

DNI..... DNI.....

Domicilio:..... Domicilio:.....

Teléfono:..... Teléfono:.....

Fecha:..... Fecha:.....