



Consentimiento informado para Test de provocación Controlada para fármacos o alimentos

El test de provocación controlada es un procedimiento destinado a administrarle al paciente el fármaco o alimento sospechoso de ser causante de alergia o el fármaco alternativo con el mismo efecto terapéutico de manera de probar su tolerancia o diagnosticar en forma certera la alergia.

Los test cutáneos para drogas o alimentos pueden tener resultados falsos positivos o negativos, por lo tanto existen ocasiones en lo que es muy importante determinar si el paciente tolera o no el alérgeno en cuestión y la forma más segura de probarlo es mediante este test.

En este método de provocación Progresiva y Controlada se utilizan dosis progresivas del fármaco o del alimento, lleva un tiempo de 3 -4 horas con controles cada 15- 20 minutos de los signos vitales y de la reacción local, bajo estricto control médico y en áreas controladas y equipadas con elementos de urgencia. El test finaliza cuando aparece algún síntoma compatible con alergia o con la máxima dosis calculada para el paciente.

En líneas generales el test sirve para confirmar el diagnóstico en casos en que la historia clínica es equivocada o dudosa, una vez confirmado permite estimar la tolerancia a tratamientos alternativos (en el caso de fármacos).

Indicaciones

1. Para excluir hipersensibilidad en una historia no sugestiva y en pacientes con síntomas no específicos, tales como síntomas vagales bajo anestesia local.
2. Para proporcionar medicación no relacionada (farmacológica y/o estructuralmente) segura en casos comprobados de hipersensibilidad tales como otros antibióticos en pacientes alérgicos a betalactámicos. Esto también puede ser de ayuda para personas ansiosas que rechazan tomar la medicación recomendada sin tener una prueba de tolerancia.
3. Para excluir reactividad cruzada de medicamentos relacionados en casos de hipersensibilidad comprobada; por ejemplo una cefalosporina en un paciente alérgico a penicilina o un AINE alternativo en un asmático con sensibilidad frente a aspirina.
4. Para establecer un diagnóstico preciso en una historia sugestiva de hipersensibilidad con test diagnósticos negativos, no concluyentes o no disponibles; por ejemplo una erupción máculo-papular durante el tratamiento con aminopenicilinas con test serológicos negativos.

Test de provocación controlada con.....

Yo dejo expresa constancia que he sido informada/o de la afección y de los métodos de estudio que se le realizarán a mi hijo/a 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:.....