

| | | | |
|--------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| SERVICIO: | | Nº Historia Clínica: | |
| Unidad: | | Nombre Paciente: | |
| Habitación: | Cama: | Fecha Nacimiento: | Sexo: |

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INDUCCIÓN ORAL DE TOLERANCIA A HUEVO ESPECIALIDAD DE ALERGIA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

| | | | |
|---|------------|--------------|--------------|
| DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal: | | | |
| NOMBRE APELLIDOS (Paciente) | DNI | FIRMA | FECHA |
| De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento | | | |
| NOMBRE APELLIDOS (Paciente) | DNI | FIRMA | FECHA |

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO INDUCCIÓN ORAL DE TOLERANCIA A HUEVO

Como Ud sabe, hasta la actualidad el único tratamiento recomendado para su alergia a huevo ha sido la evitación estricta de su ingesta, que en su caso presenta dificultades añadidas al ser un producto muy utilizado en la fabricación de innumerables alimentos, en ocasiones con un deficiente etiquetado. En los últimos años han venido realizándose con éxito protocolos de inducción oral de tolerancia alimentaria, que consisten en conseguir la tolerancia inmunológica a un alimento – en su caso huevo - al que se es alérgico, mediante la administración de cantidades progresivamente crecientes en un período de tiempo variable (días a semanas). Esta tolerancia se mantiene si el paciente ingiere el alimento a diario después de finalizar el procedimiento.

Al inicio del procedimiento le realizaremos pruebas cutáneas y determinaciones analíticas.

Posteriormente, durante un período de 5 días, recibirá a diario dosis de huevo cada vez mayores hasta llegar a un huevo completo o a la máxima cantidad posible.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Conseguir la tolerancia inmunológica a un alimento - en su caso huevo- al que se es alérgico, mediante la administración de cantidades progresivamente crecientes en un período de tiempo variable (días a semanas). Esta tolerancia se mantiene si el paciente ingiere el alimento a diario después de finalizar el procedimiento. El objetivo mínimo es permitirle tolerar, en el período más breve posible, una cantidad de huevo que evite el riesgo de una reacción alérgica en caso de su ingesta inadvertida, y que, en la mayor parte de los casos, le permitiría una ingesta normal de huevo y derivados.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Evitación estricta de la ingesta de huevo.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Tolerancia de la ingesta de huevo.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

RIESGOS FRECUENTES

Los síntomas de una reacción alérgica provocada por la administración de un alimento al que es alérgico pueden ser muy diversos siendo los más frecuentes el picor, la aparición de habones o hinchazón en la piel.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Sensación de ahogo, mareo, pérdida de conciencia, hipotensión, shock.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES
CONTRAINDICACIONES

| | | | |
|--|------------|--------------|--------------|
| PACIENTE | | | |
| D/D ^a | | | |
| DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento | | | |
| NOMBRE / APELLIDOS | DNI | FIRMA | FECHA |
| FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE | | | |
| D/D ^a | | | |
| DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento | | | |
| TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE | DNI | FIRMA | FECHA |
| MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a | | | |
| DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo. | | | |
| MÉDICO RESPONSABLE | DNI | FIRMA | FECHA |