

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROVOCACIÓN ORAL CON LECHE DE VACA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA – DIGESTIVO INFANTIL

*¿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

Esta prueba consiste en administrar por vía oral, cantidades progresivamente crecientes de leche de vaca, hasta una cantidad normal para la edad del paciente.

Tras un periodo de observación se observa la reacción del niño al nuevo alimento.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Confirmar o descartar alergia a la leche.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En el estudio de alergia alimentaria no existen alternativas a la prueba de provocación oral.

Las pruebas analíticas o cutáneas pueden descartar una Alergia mediada por IgE pero no una Alergia no mediada por IgE (también llamada intolerancia).

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Confirmar o descartar la tolerancia a leche.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Desconocer si existe o no tolerancia clínica a la leche, lo que puede conllevar dietas de exclusión innecesarias o, por el contrario, falta de evitación y aparición de reacción adversa en medio extrahospitalario, sin dotación ni personal entrenado para atender al paciente.

RIESGOS FRECUENTES

Aunque por los datos clínicos-analíticos está aconsejada, es una prueba que no está exenta de riesgo.

La provocación puede ser positiva produciendo una reacción alérgica de menor, igual o mayor intensidad que la que motivó la consulta (urticaria, angioedema, vómitos, diarrea, rinitis, asma, anafilaxia...).

Las pruebas serán realizadas bajo supervisión médica, con medicación y equipamiento necesario para atender al paciente, en caso de que ese tipo de reacciones aparecieran.

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

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

La positividad de las pruebas serológicas y/o cutáneas, pueden suponer una contraindicación relativa.

La corta edad del paciente o la existencia de enfermedad intercurrente pueden hacer aconsejable aplazar la realización de la prueba.

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