

Espacio para identificación del hospital y del paciente

Autorización para inmunoterapia subcutánea específica de alérgeno

Yo, D./D^a., como representante legal del paciente cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada y, en consecuencia, AUTORIZO al Servicio / Unidad:, para que se le realice INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA ESPECÍFICA DE ALÉRGENO.

He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con el Dr./Dra.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA de este documento.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En, a

Firma del representante legal

Firma del médico

DNI/NIE/Pasaporte:.....

Colegiado:.....

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente....., con DNI/NIE/Pasaporte:....., no doy la autorización para la realización de este procedimiento, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En, a

Firma del representante legal

COPIA PARA EL HOSPITAL

La información sobre la INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA ESPECÍFICA DE ALÉRGENO que debo comprender está en la hoja siguiente

INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA ESPECÍFICA DE ALÉRGENO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ¿EN QUÉ CONSISTE?

La vacuna, o inmunoterapia específica de alérgeno (sustancia que causa su alergia), forma parte del tratamiento integral de su enfermedad alérgica, junto con las medidas de evitación del alérgeno y los medicamentos que controlan los síntomas.

La vía subcutánea consiste en la administración de pequeñas dosis de la vacuna bajo la piel del brazo con aumento gradual (fase de inicio) hasta alcanzar la dosis terapéutica que se repite periódicamente (fase de mantenimiento), según la pauta que su especialista le indique. La administración se realizará en un centro sanitario con el personal y medios necesarios para tratar las posibles reacciones, debiendo permanecer en observación al menos media hora.

FINALIDAD ¿PARA QUÉ SIRVE?

Se busca evitar la progresión de la enfermedad, disminuir los síntomas y la necesidad de medicación. Es un tratamiento potencialmente curativo al estar dirigido contra la causa y se debe mantener al menos de tres a cinco años para alcanzar el máximo beneficio.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA:

Este procedimiento no presenta consecuencias relevantes o de importancia.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO:

- Puede aparecer una REACCIÓN INFLAMATORIA LOCAL, tras varios minutos o en las siguientes 24-48 horas. Consiste en el enrojecimiento con edema y picor, con posterior induración de la zona de administración, de tamaño variable y sin consecuencias habitualmente. En ocasiones pueden quedar nódulos que raramente son persistentes.

- La aparición de una REACCIÓN SISTEMÁTICA O GENERAL es mucho menos frecuente (0.1 al 1.5 %), pudiéndose presentar en las primeras 24 a 48 horas tras la administración de la vacuna. Consiste en síntomas habitualmente leves (picor de nariz u ojos, estornudos, mucosidad nasal o lagrimeo), y en alguna ocasión más importantes (tos, pitos, dificultad para respirar o urticaria), siendo excepcionales las reacciones más graves como la anafilaxia (tres de cada millón de dosis).

La probabilidad de reacción general aumenta si el paciente tiene síntomas asmáticos en el momento de la administración, debiéndose posponer la vacuna hasta que no presente síntomas.

En caso de reacción general será su especialista quien realice el ajuste de la siguiente dosis.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

Puede aumentar la frecuencia y gravedad de los riesgos anteriores si presenta:

CONTRAINDICACIONES:

No se indica la inmunoterapia si presenta: angioedema de repetición (hinchazón grave de piel y mucosas), inmunodeficiencias (defensas bajas graves), cáncer, medicación que disminuya la eficacia de la adrenalina (se utiliza si se presenta una reacción alérgica grave), embarazo.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:

No existe alternativa a este procedimiento. Si se rechazase el tratamiento con vacuna, continuará la con la evitación del alérgeno y con el tratamiento de los síntomas.

Espacio para identificación del hospital y del paciente

Autorización para inmunoterapia subcutánea específica de alérgeno

Yo, D./D^a., como representante legal del paciente cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada y, en consecuencia, AUTORIZO al Servicio / Unidad:, para que se le realice INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA ESPECÍFICA DE ALÉRGENO.

He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con el Dr./Dra.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA de este documento.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En, a

Firma del representante legal

Firma del médico

DNI/NIE/Pasaporte:.....

Colegiado:.....

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente....., con DNI/NIE/Pasaporte:....., no doy la autorización para la realización de este procedimiento, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En, a

Firma del representante legal

COPIA PARA EL PACIENTE

La información sobre la INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA ESPECÍFICA DE ALÉRGENO que debo comprender está en la hoja siguiente

INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA ESPECÍFICA DE ALÉRGENO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ¿EN QUÉ CONSISTE?

La vacuna, o inmunoterapia específica de alérgeno (sustancia que causa su alergia), forma parte del tratamiento integral de su enfermedad alérgica, junto con las medidas de evitación del alérgeno y los medicamentos que controlan los síntomas.

La vía subcutánea consiste en la administración de pequeñas dosis de la vacuna bajo la piel del brazo con aumento gradual (fase de inicio) hasta alcanzar la dosis terapéutica que se repite periódicamente (fase de mantenimiento), según la pauta que su especialista le indique. La administración se realizará en un centro sanitario con el personal y medios necesarios para tratar las posibles reacciones, debiendo permanecer en observación al menos media hora.

FINALIDAD ¿PARA QUÉ SIRVE?

Se busca evitar la progresión de la enfermedad, disminuir los síntomas y la necesidad de medicación. Es un tratamiento potencialmente curativo al estar dirigido contra la causa y se debe mantener al menos de tres a cinco años para alcanzar el máximo beneficio.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA:

Este procedimiento no presenta consecuencias relevantes o de importancia.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO:

- Puede aparecer una REACCIÓN INFLAMATORIA LOCAL, tras varios minutos o en las siguientes 24-48 horas. Consiste en el enrojecimiento con edema y picor, con posterior induración de la zona de administración, de tamaño variable y sin consecuencias habitualmente. En ocasiones pueden quedar nódulos que raramente son persistentes.

- La aparición de una REACCIÓN SISTEMÁTICA O GENERAL es mucho menos frecuente (0.1 al 1.5 %), pudiéndose presentar en las primeras 24 a 48 horas tras la administración de la vacuna. Consiste en síntomas habitualmente leves (picor de nariz u ojos, estornudos, mucosidad nasal o lagrimeo), y en alguna ocasión más importantes (tos, pitos, dificultad para respirar o urticaria), siendo excepcionales las reacciones más graves como la anafilaxia (tres de cada millón de dosis).

La probabilidad de reacción general aumenta si el paciente tiene síntomas asmáticos en el momento de la administración, debiéndose posponer la vacuna hasta que no presente síntomas.

En caso de reacción general será su especialista quien realice el ajuste de la siguiente dosis.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

Puede aumentar la frecuencia y gravedad de los riesgos anteriores si presenta:

CONTRAINDICACIONES:

No se indica la inmunoterapia si presenta: angioedema de repetición (hinchazón grave de piel y mucosas), inmunodeficiencias (defensas bajas graves), cáncer, medicación que disminuya la eficacia de la adrenalina (se utiliza si se presenta una reacción alérgica grave), embarazo.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:

No existe alternativa a este procedimiento. Si se rechazase el tratamiento con vacuna, continuará la con la evitación del alérgeno y con el tratamiento de los síntomas.