

## ELIKAGAIEKIN ERAGIN-PROBAK EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS DE PROVOCACIÓN CON ALIMENTOS

### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....

### B. INFORMAZIOA:

Zure kasuan, beharrezkoa da elikagaiekin eragin-proba egitea, ahalik eta zehaztasun handienarekin jakiteko ELIKAGAIEI ALERGIA OTE DIEZUN. Elikagai bat gero eta kopuru handiagoan hartzea da kontua.

Azterketaren barnean sar daiteke larruzaleko probak egitea, eta horrek badu bere arriskua zuzetzat, baina oso txikia oro har. Alergikoa izanagatik, zenbaitetan, larruzaleko probak negatiboak izaten dira. Horregatik egin behar izaten dira ahoko eragin-probak (ahotik hartzearena), diagnostiko ziurra berresten edo baztertzen saiatzeko.

### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Hala ere, proba horiek badituzte beren arriskuak; beharbada ez da ezer gertatuko, baina baliteke kontsultaren motibo izan den erreakzioa baino alergia txikiagoa, bera, handiagoa edo askoz handiagoa izatea.

Arriskurik ohikoenak: zorabioa (beroa, izerdia eta konorte-galtzea. Ez da larria eta medikazioarekin desagertzen da); larruzaleko erupzioak (larruzaleko azkura eta gorriuneak; proba eten eta medikazioa eman orduko desagertzen dira).

Arriskurik larrienak: arnasakoak (afonia, txistuak bularrean, itobehar sentipena); digestiokoak (sabeleko mina, goragalea, gorakoa eta beherakoa). Kasu horietan, proba etengo da, eta tratamendua emango dizugu.

Oso gutxitan bada ere, tentsioa jaits daiteke, konbultsioak izan daitezke eta bihotza eta arnasa gelditu; kasu horietan, bizkorketa-neurriak hartuko dira. Larria da, baina oro har itzulgarria; edonola ere, bakanki, heriotza ere eragin dezake.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

### A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
.....Fecha: .....

### B. INFORMACIÓN:

La prueba de provocación con alimentos es necesaria en su caso para determinar, con la mayor exactitud posible SI TIENE ALERGIA A ALIMENTOS. Consiste en la toma de cantidades progresivamente mayores de un alimento.

El estudio puede constar también de pruebas cutáneas con alimentos que puede entrañar un potencial peligro para usted, aunque suele ser mínimo. En algunas ocasiones, las pruebas cutáneas pueden resultar negativas, aun pudiendo ser alérgico a los mismos. Es por lo que se precisa recurrir, con objeto de intentar confirmar o descartar un diagnóstico de certeza, a las pruebas de provocación oral (tomárselos por la boca).

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

A pesar de ello, estas pruebas no están totalmente exentas de riesgo, que puede variar, desde no ocurrir nada, hasta tener una reacción alérgica de menor, igual, mayor o mucho mayor intensidad que la que ha motivado la consulta.

Riesgos más frecuentes: mareo (calor, sudor y desvanecimiento. No es grave y desaparece con medicación); erupciones en la piel (picores con enrojecimiento de la piel o ronchas que desaparecen al suspender momentáneamente la prueba y administrarle medicación para ello).

Riesgos más graves: respiratorios (afonía, pitidos en el pecho, sensación de asfixia); digestivos (dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarrea). En estos casos se suspende la prueba y se le administra un tratamiento.

Muy rara vez puede producirse bajada de tensión, convulsiones e incluso parada cardio-respiratoria en cuyo caso se tomarán medidas de reanimación. Es grave pero generalmente reversible, aunque de forma excepcional puede provocar la muerte.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

**D. ESAN IEZAGUZU:**

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

**E. ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. ORDEZKO AUKERAK:**

Teknikarik espezifikoa da, elikagaiekiko sentsibilizatorik ba ote duzun erakusteko.

Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klinikoko datuak izatea, haren jarraipena egiteko eta asistentzia-jarduera kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betez. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetza osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN.**

**D. AVISENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

**E.- RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F. ALTERNATIVAS:**

Es la técnica más específica para demostrar su posible sensibilización a alimentos.

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente**

**Pazientearen izen-abizenak**

Nombre, dos apellidos

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/EI/La Médico**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Legezko Ordezkaria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante legal: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha