



### CONSENSO INFORMATO ALL'ACCERTAMENTO DEI PATCH TEST

I "patch test" con sostanze chimiche ( apteni) del commercio ( o più raramente opportunamente allestiti), sono frequentemente effettuati a completamento della visita allergologica in quanto necessari all'inquadramento clinico del paziente nei casi di sospetta allergia cutanea ( dermatite allergica da contatto).L'esame consiste nell'applicare sulla cute sana della parte superiore del dorso ( o più raramente sulla faccia anteriore dell'avambraccio) specifici supporti ipoallergenici contenenti le sostanze da testare, opportunamente diluite in veicolo idoneo. Le sostanze che più spesso causano allergia cutanea da contatto o possono aggravarla sono costituite da una base composta da 40 apteni ( serie SIDAPA) e/o serie integrative, serie professionali, specifici apteni. I supporti sono rimossi dopo 48/72 ore dall'applicazione. Per garantire la perfetta aderenza dei test sulla cute, si deve evitare di bagnare la zona con acqua, di effettuare attività fisica o esposizioni solari in grado di aumentare la sudorazione. La lettura del test viene eseguita, di norma, dopo 72/96 ore dall'applicazione dell'apparato testante ma può essere necessario ripeterla anche successivamente (24 ore o più), a giudizio del medico. La reazione positiva del test si manifesta con la comparsa, in sede di applicazione di una o più sostanze, di rossore, piccole vescicole, più raramente bolle. Raramente sono osservabili test che si positivizzano dopo i tempi stabiliti dalla lettura; se ciò dovesse verificarsi si consiglia di ripresentarsi presso il nostro ambulatorio previo contatto telefonico. Il test consente di valutare la sensibilizzazione allergica del paziente e, conseguentemente di stabilirne la causa, quindi di programmare gli interventi di prevenzione, anche in ambito professionale, e la terapia. Il test ha elevata sensibilità (70%) e specificità (80%) e permette di pervenire alla diagnosi nella maggior parte dei casi. L'attendibilità del test può essere inferiore in caso di applicazione di sostanze allestite estemporaneamente. Durante l'esecuzione dei test e nei giorni successivi, potrebbero comparire prurito e/o bruciore nella sede di applicazione dell'apparato testante o più raramente in altre sedi cutanee. Al pari potrebbe anche verificarsi un peggioramento delle manifestazioni cutanee o la comparsa di nuove lesioni. In casi eccezionali, in sede di test positivo, può residuare una piccola area discromica (alterata colorazione cutanea) o cicatriziale. Nel caso di reazioni locali intense, può essere indicata l'applicazione di crema cortisonica o eventuale somministrazione di farmaci antistaminici. Attualmente, in alternativa ai test, non esistono modalità diagnostiche applicabili routinariamente. In caso di mancata effettuazione dei test, la diagnosi sarà presunta sulla base del solo dato clinico- anamnestico.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

-----  
**DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del  
paziente minorenne esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Luogo e Data \_\_\_\_\_