SEICAP
Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica

Hospital/Centro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

Teléfono: _____

Dispone de Hospitalización Pediátrica **SI** ☐ **NO** ☐

<u>Responsable de la Sección o Unidad de Alergia que remite la información :</u>

Nombre: _____

Mail: _____

Teléfono: _____

Servicio de:

☐ Pediatría

☐ Alergia

☐ Neumología

☐ Inmunología clínica

Pacientes:

☐ Pediatría y adultos

☐ Pediatría

Cartera de servicios:

1. RELACIÓN DE PRESTACIONES CON FINES DIAGNÓSTICOS:

☐ **Valoración clínica**

☐ **Técnicas in vivo:**

- ☐ Pruebas cutáneas
- ☐ Prick a neumoalergenos
- ☐ Prick a alimentos
- ☐ Pruebas cutáneas a fármacos (PRICK , IDR, Test de parche)
- ☐ Test epicutaneos a contactantes

☐ **Técnicas in vitro:**

- ☐ Determinación cuantitativa de IgE total y específica
- ☐ Determinación molecular de proteínas alergénicas (ISAC)
- ☐ TAB (test de activación de basófilos) -Fármacos
- ☐ Estudio funcional y genético de inmunodeficiencias primarias y secundarias

☐ **Laboratorio de pruebas funcionales respiratorias:**

- ☐ Espirometría forzada
- ☐ Prueba de broncodilatación
- ☐ Oxido nítrico exhalado
- ☐ Condensado de aire exhalado
- ☐ Test de esfuerzo
- ☐ Test de metacolina
- ☐ Test de provocación específicanasal .
- ☐ Pletismografía
- ☐ Difusión de gases.
- ☐ Rinometría Acústica

☐ **Hospital de Día:**

- ☐ Prueba de exposición controlada con alimento
- ☐ Prueba de exposición controlada con fármaco

☐ **Hospitalización:**

- ☐ Prueba de provocación específica bronquial
- ☐ Prueba de exposición controlada con alimentos

Cartera de servicios:

2. RELACIÓN DE PRESTACIONES CON FINES TERAPÉUTICOS:

☐ **Unidad de Inmunoterapia:**

- ☐ Administración de inicio de inmunoterapia
- ☐ Administración de continuación de inmunoterapia hasta fase de mantenimiento
- ☐ Administración de inmunoterapia en casos de reacción adversa previa
- ☐ Administración de terapéutica con Ac Monoclonales

☐ **Hospital de Día:**

- ☐ Administración de gammaglobulina EV
- ☐ Formación para la administración de gammaglobulina subcutánea en domicilio
- ☐ Inmunoterapia oral con alimento

☐ **Hospitalización:**

- ☐ Inicio de inmunoterapia oral con alimentos
- ☐ Desensibilización a fármacos
- ☐ Tratamiento de las complicaciones surgidas en pacientes afectos de inmunodeficiencias primarias y secundarias

Equipo de emergencia:

- ☐ Equipo para reanimación cardiopulmonar

Dispone de pagina web de la unidad:

_____

SEICAAP
Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica

Características docentes del centro :

Grado de Medicina _____

Grado de Enfermería _____

MIR Pediatría _____

MIR Alergia _____

Acreditación Formación subespecialista Europeo Alergia Pediátrica

_____

_____

_____

COMPONENTES DE LA UNIDAD

Nombre y Apellidos _____

☐ Especialista en Pediatría _____

☐ Especialista en Alergología _____

☐ Otra especialidad (especificar) _____

☐ Acreditación Europea en Alergia Pediátrica por la EAACI

☐ Acreditación Española en Alergia e Inmunología Pediátrica por la AEP

Otras acreditaciones _____

_____

Socio SEICAAP SI ☐ NO ☐

SEICAAP
Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica

OTROS COMPONENTES DE LA UNIDAD

Nombre y Apellidos _____

☐ Especialista en Pediatría _____

☐

☐ Especialista en Alergología _____

☐

☐ Otra especialidad (especificar) _____

☐ Acreditación Europea en Alergia Pediátrica por la EAACI

☐ Acreditación Española en Alergia e Inmunología Pediátrica por la AEP

Otras acreditaciones _____

_____

Socio SEICAAP SI ☐ NO ☐

OTROS COMPONENTES DE LA UNIDAD

Nombre y Apellidos _____

☐ Especialista en Pediatría _____

☐ Especialista en Alergología _____

☐ Otra especialidad (especificar) _____

☐ Acreditación Europea en Alergia Pediátrica por la EAACI

☐ Acreditación Española en Alergia e Inmunología Pediátrica por la AEP

Otras acreditaciones _____

_____

Socio SEICAAP SI ☐ NO ☐

OTROS COMPONENTES DE LA UNIDAD

Nombre y Apellidos _____

☐ Especialista en Pediatría _____

☐ Especialista en Alergología _____

☐ Otra especialidad (especificar) _____

☐ Otra acreditación (especificar) _____

☐ Acreditación Europea en Alergia Pediátrica por la EAACI

☐ Acreditación Española en Alergia e Inmunología Pediátrica por la AEP

Otras acreditaciones _____

Socio SEICAAP SI ☐ NO ☐

OTROS COMPONENTES DE LA UNIDAD

Nombre y Apellidos _____

☐ Especialista en Pediatría _____

☐ Especialista en Alergología _____

☐ Otra especialidad (especificar) _____

☐ Acreditación Europea en Alergia Pediátrica por la EAACI

☐ Acreditación Española en Alergia e Inmunología Pediátrica por la AEP

Otras acreditaciones _____

Socio SEICAAP SI ☐ NO ☐

.- Si hay más de 5 componentes, rellenar un nuevo formulario, donde solo será necesario rellenar el nombre de la Unidad y el resto de componentes.

.- Utilice tantos formularios como necesite.