



## TTL MELISA® PARA ALERGIA A METALES

### Cuestionario previo al Test

El test MELISA\* para las alergias de tipo IV a los metales, ha sido aplicado en pacientes que sufren desde Fatiga Crónica hasta Esclerosis Múltiple. La alergia puede ser de aparición moderada ó brusca y su curso puede ser crónico a agudo y manifestarse de muchas formas, que a veces no se relacionan con una alergia típica.

Este cuestionario permitirá realizar una orientación previa al test. Comprobando los signos clásicos de hipersensibilidad y midiendo su exposición a la totalidad de los metales. Esto debería proporcionar una indicación preliminar si usted padece una alergia de tipo IV a los metales.

El cuestionario nos da una idea de cuales son los metales a chequear con el test MELISA\*, el cual emplea una muestra de sangre para indicar con toda precisión alergias a ciertos metales y medir su intensidad.

Por favor conteste el cuestionario con tantos detalles como sea posible. Si usted no conoce algunos datos, por favor dénos una estimación. Cuanto más precisa sea la información, más exacto será el diagnóstico que le proporcionaremos. Es en su propio beneficio contestar el cuestionario con la máxima sinceridad.

Todos los datos en él reflejados son de carácter confidencial y su protección está amparada por ley. Si usted necesita mas espacio para responder las preguntas, puede utilizar una hoja adicional, indicando claramente la pregunta a la que se refiere. Cuando se presentan varias alternativas de respuesta, marque la casilla de su elección con una X. Si usted tiene alguna duda o pregunta mientras rellena el cuestionario, contacte con nosotros través del teléfono/e-mail que aparece al final del documento.

### **DATOS PERSONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Profesión actual: \_\_\_\_\_

Profesiones anteriores: \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Enfermedad diagnosticada, si existe alguna: \_\_\_\_\_

**1. HISTORIAL DENTAL**

*Las restauraciones dentales son la causa más común de sensibilización a los metales; dichas restauraciones pueden contener en su composición Mercurio, oro, etc. Por favor detalle con precisión y en casos de dudas puede contactar con su odontólogo y solicitarle la información requerida en cuanto a composición de las aleaciones metálicas de puentes fijos y removibles, coronas, pernos, obturaciones (empastes), ortodoncia.*

**1.1 EMPASTES ACTUALES**

<i>Material dental</i>	<i>Año de su colocación</i>	<i>Número de empastes</i>
Amalgama	_____	_____
Oro	_____	_____
Titanio	_____	_____
Composites	_____	_____
Cerámica sobre metal	_____	_____
Corona de cobalto	_____	_____
Cerámica sin metal	_____	_____

**1.2 ENDODONCIAS O TRATAMIENTOS DE CONDUCTO O DESVITALIZACIONES DENTARIAS (MATAR EL NERVIJO)**

<i>Material dental</i>	<i>Año de su colocación</i>	<i>Número de empastes</i>
Amalgama	_____	_____
Gutta-percha	_____	_____
Hidróxido de calcio	_____	_____
Otros: _____	_____	_____

**1.3 Tiene usted implantes en su boca? SI \_\_ NO \_\_**

<i>Material dental</i>	<i>Año de Instauración</i>
Branemark titanio con oro	_____

Branemark titanio sólo \_\_\_\_\_

Zirconio \_\_\_\_\_

Otros, especificar \_\_\_\_\_

**1.4** Ha llevado usted alguna vez prótesis dentales u ortodoncia? SI \_\_ NO \_\_

En caso afirmativo, especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **1.5 SUBSTITUCION DE EMPASTES**

*Sustituir empastes es un proceso complejo y hay el peligro que parte del metal que está siendo removido o puesto dentro del diente pueda ser liberado en boca. Esto puede ser el inicio de una sensibilización a los metales por ingesta masiva*

a) Han sido reemplazados sus empastes? SI \_\_ NO \_\_

*(Si su respuesta es "NO", vaya directamente a la pregunta 1.11)*

b) En caso afirmativo, por favor especificar e indicar el año del tratamiento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Ha finalizado el tratamiento ó está en proceso? FINALIZADO \_\_ EN PROCESO \_\_

Nombre y localidad del dentista (Si es conocido): \_\_\_\_\_

**Podría describir brevemente como se realizo el cambio?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1.6** Que material escogió para el cambio?

Oro \_\_\_\_ Composite (plástico) \_\_\_\_  
Cerámica (porcelana) \_\_\_\_ Metal- cerámico \_\_\_\_  
Coronas de Titanio \_\_\_\_ Otro material (especificar) \_\_\_\_\_

**1.7** Si usted está en un proceso de cambio de empastes, ó ha finalizado el tratamiento, siente algún síntoma que pueda hacerle pensar que pudiera estar relacionado con el tratamiento dental recibido?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

En caso afirmativo, Cuales fueron esos síntomas y su duración?

---

---

---

**1.8** Desde la sustitución de sus empastes, han mejorado esos síntomas ó han ido a peor?

*Corto plazo:* Mejorado\_\_ Empeorado\_\_ Ningún cambio real\_\_  
*Largo plazo:* Mejorado\_\_ Empeorado\_\_ Ningún cambio real\_\_

**1.9** Desde el arreglo dental , ha padecido sensaciones como quemazón, picazón ó irritación del tejido interno de su boca?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

*En caso afirmativo, cuando?* \_\_\_\_\_

**1.10** Desde el arreglo, ha observado usted algún otro nuevo síntoma que no había tenido antes como eczema, cansancio, etc.

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

*En caso afirmativo, especificar* \_\_\_\_\_

**1.11** Le sangran sus encías cuando se cepilla sus dientes? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

En caso afirmativo, sangran cada vez? Cuanto sangran?

---

## 2. EXPOSICION A LOS METALES

*Los avances científicos han introducido metales en un amplio campo de productos que hace un tiempo eran impensables, desde la pasta de dientes a los marcapasos. Esta sección trata de algunos de los sitios más comunes en los que se encuentran los metales.*

**2.1** Tiene o tuvo algún metal en su cuerpo (implantes, tornillos, marcapasos, alambres labiales por cirugía estética o correctiva)

Si es así especificar \_\_\_\_\_

**2.2.** Tiene usted algún tatuaje? SI \_\_\_ NO \_\_\_

En caso afirmativo, cuantos tiene y cuando se los hizo?

\_\_\_\_\_

**2.3** Ha estado usted expuesto a metales en su lugar de trabajo? SI \_\_\_ NO \_\_\_

*La exposición a los metales en el puesto de trabajo e una causa común de hipersensibilidad. Por favor piense en ello. Puede considerar todo, desde el trabajo en la fábrica hasta el contacto regular con termómetros de mercurio.*

Si así fue, cual fue su trabajo y a que metales estuvo expuesto?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.4** Alguien de su familia ha estado expuesto ocasionalmente a una alta concentración de metales mientras realizaba su trabajo ? SI \_\_\_ NO \_\_\_

En caso afirmativo, especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2.5 tabaquismo

a) Fuma? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Sí es así cuanto \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo lleva fumando? \_\_\_\_\_

b) Ha fumado usted anteriormente? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Cuanto solía fumar? \_\_\_\_\_

Durante cuanto tiempo fue usted un fumador? \_\_\_\_\_

c) Es usted un fumador pasivo en casa o en el trabajo? \_\_\_\_\_

## 2.6 VACUNACION

*Varias vacunas contienen metales, ya sea como parte del conservante o como una traza de residuo del proceso de fabricación. Los fabricantes que utilizan Thimerosal, por ejemplo, argumentan que las cantidades de mercurio que emplean son tan pequeñas que no producen un efecto tóxico. Sin embargo si usted es hipersensible, la más pequeña cantidad de mercurio puede ocasionar desencadenar una reacción.*

a) Le han inyectado alguna vez una vacuna de Gamma globulina? *(Esto es muy corriente antes de un viaje o como estimulador del sistema inmune)*

SI \_\_\_ NO \_\_\_ NO LO SE \_\_\_

b) Le han vacunado alguna vez de la gripe?  
*Si es así, que año?* \_\_\_\_\_

SI \_\_\_ NO \_\_\_

Ha reaccionado mal alguna vez a las vacunas en el pasado?

En caso afirmativo, especificar \_\_\_\_\_

## 2.7 GOTAS NASALES / COLIRIOS

*Muchas marcas de soluciones de lentes de contacto contienen Timersal, un conservante que incorpora mercurio.*

a) Usa normalmente colirios o gotas nasales? SI \_\_\_ NO \_\_\_

b) Ha utilizado regularmente alguna vez colirios o gotas nasales? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Por favor cite el nombre del producto si lo recuerda y durante cuanto tiempo lo utilizó.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Advirtió usted algunos efectos? SI \_\_\_ NO \_\_\_

En caso afirmativo, especificar \_\_\_\_\_

## 2.8 LENTES DE CONTACTO

*Es otra fuente de Thimerosal.*

a) Utiliza lentes de contacto blandas ? SI \_\_\_ NO \_\_\_

b) Ha utilizado alguna vez lentes de contacto blandas? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Que solución de lavado-conservación lentes de contacto ha utilizado y durante cuanto tiempo?

\_\_\_\_\_

Advirtió usted algunos efectos? SI\_\_ NO\_\_

En caso afirmativo, especificar \_\_\_\_\_

## 2.9 COSMETICOS

*Muchas marcas de maquillaje contienen extractos de metal de varios tipos.*

a) Utiliza cosméticos? SI\_\_ NO\_\_  
Si es así, cuanto a menudo y que marcas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Reacciona su piel mal a algún cosmético? SI\_\_ NO\_\_

Si es así a cuales de ellos presenta reacción *(Si es posible cite producto y marca)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.10** Ha sido usted tratado alguna vez con coloide de oro /argéntico (sustancia empleada para tratar artritis) SI\_\_ NO\_\_

Si es así, ha notado algún efecto contrario? SI\_\_ NO\_\_

En caso afirmativo, especificar \_\_\_\_\_

## 2.11

a) Lleva usted pendientes? SI\_\_ NO\_\_

b) Tiene usted en las orejas piercings SI\_\_ NO\_\_

c) Tiene piercings en otro lugar de su cuerpo. *Especificar* \_\_\_\_\_

d) Experimenta molestia con los pendientes o piercings? SI\_\_ NO\_\_

Si es así, que tipo de material le causa esa molestia (*Níquel, Oro, Plata, etc*)

---

---

---

**2.12** Sufre usted irritación de piel cuando está en contacto con los botones de prendas tejadas, relojes de pulsera, anillos, joyería y otros materiales? SI\_\_ NO \_\_

---

---

---

**2.13 a)** Le han suministrado alguna vez alguna inyección para tratar una alergia?

*Algunas personas son tratadas con una dosis de alergenos –polen, extracto de abeja, etc - para desarrollar su inmunidad a largo plazo.* SI\_\_ NO \_\_

b) En caso afirmativo, especifique.

---

---

---

## **2.14 ARTICULOS DE USO DIARIO**

*Algunos productos como dulces y golosinas (Smarties, Skittles, etc) están envueltos en materiales con titanio para darles una protección crujiente. Muchos dentífricos incorporan lauril sulfato sódico (irritante de la piel) y dióxido de titanio a los cuales muchas personas son hipersensibles.*

a) Mastica usted chicle. SI\_\_ NO \_\_

En caso afirmativo, que marca y cuanto a menudo masca chicle?

---

b) Que marca de dentífrico utiliza? \_\_\_\_\_

c) Usted come dulces crujientes o multicolores? SI\_\_ NO \_\_

En ese caso, que marcas? \_\_\_\_\_

### 2.15 PARCHE PARA DETERMINAR ALERGIA A METALES

*Este es un cuestionario para chequear la alergia a los metales, pero como ello implica la aplicación de metales en la piel, puede causar efectos no deseados..*

a) Le han practicado a usted alguna vez una prueba en piel (parche) para conocer su alergia a los metales? SI\_\_ NO\_\_

**(Si, es "NO" vaya directamente a la pregunta 2.16)**

En caso afirmativo, facilítenos todos los detalles posibles:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Clínica / Centro Hospitalario: \_\_\_\_\_

Resultados de la prueba: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Ha experimentado usted algún cambio en su estado de salud después de realizar las pruebas en piel? SI\_\_ NO\_\_

Que síntomas, especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2.16 Vive o ha vivido cerca de vertidos que destilan vapores metálicos.

Ejemplos:

- Factorías       Plantas industriales       Autopistas, Autovías  
 Aeropuertos       Crematorios       Consultorios de dentistas

En esos casos

Donde? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Donde? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Donde? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

## 3. SECCION PARA MUJERES (HOMBRES DIRIGIRSE A LA SECCION IV)

3.1 Le han realizado alguna vez un implante mamario? SI\_\_ NO\_\_

En caso afirmativo, que tipo de implante y cuando le fue colocado?

\_\_\_\_\_

3.2 Si usted ha dado luz

a) Pertenece al grupo sanguíneo RH negativo? SI\_\_ NO\_\_

b) Recibió globulina anti-RH después del parto? SI\_\_ NO\_\_

En ese caso, cuando? \_\_\_\_\_

Si usted sabe la fecha del tratamiento y nombre de la globulina anti-RH, indíquelo a continuación.

---

---

**3.3 Dispositivo intrauterino (DIU)**

*Esto es un inserto metálico, a menudo hecho de materiales que pueden iniciar una reacción hipersensible.*

Ha utilizado usted algún aparato IU? SI\_\_\_ NO\_\_\_

Si es así, ha experimentado molestias con ese dispositivo? SI\_\_\_ NO\_\_\_

Por favor especificar \_\_\_\_\_

---

---

**4. ALERGIAS Y ENFERMEDADES**

**4.1** Es usted alérgico a algún antibiótico (penicilina, sulfamicina, etc) SI\_\_\_ NO\_\_\_

*En caso afirmativo, cual?* \_\_\_\_\_

**4.2** Es usted alérgico a algún alimento? SI\_\_\_ NO\_\_\_

*En caso afirmativo,*

A que alimentos? \_\_\_\_\_

Quando observó por primera vez esa alergia? \_\_\_\_\_

**4.3** Tiene usted alguna otra alergia? SI\_\_\_ NO\_\_\_

En caso afirmativo especificar \_\_\_\_\_

---

**4.4** Le han diagnosticado alguna enfermedad?

Nombre de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Quando le fue diagnosticada? \_\_\_\_\_

---

**4.5** Tiene usted algunos otros síntomas que no le han sido diagnosticados?  
Si es así, especificar cuales.

---

---

**4.6 SALUD DE SU FAMILIA**

Por favor, infórmenos si algún miembro de su familia sufre alguna de estas enfermedades (Si es necesario complete la información en un hoja aparte).

a) Alergias: \_\_\_\_\_

---

b) Enfermedades auto inmunes: \_\_\_\_\_

c) Enfermedades de piel: \_\_\_\_\_

d) Afecciones de corazón y arterias: \_\_\_\_\_

e) Diabetes: \_\_\_\_\_

f) Cáncer / Tumores: \_\_\_\_\_

g) Reacciones a campos electro-magnéticos (Tales como fotocopiadoras, hornos microondas, tubos fluorescentes en tiendas) \_\_\_\_\_

---

h) Sensibilidad a productos químicos: \_\_\_\_\_

i) Enfermedades psíquicas: \_\_\_\_\_

j) Otras enfermedades / afecciones: \_\_\_\_\_

**4.7** Esta usted tomando actualmente alguna medicación?

*Algunos medicamentos pueden causar efectos contarios/secundarios los cuales deben diferenciarse de los signos propios de la alergia a los metales. También algunas formas de medicación pueden interferir con el test en sangre **Melisa**. Los pacientes no deberían tomar ningún medicamento inmuno depresivo como esteroides cuando deseen realizar el test en sangre **Melisa** ya que podría alterar el resultado.*

Si es así, especificar incluyendo periodo de tratamiento.

---

---

---

**4.8** Toma usted vitaminas o suplementos minerales? En ese caso, especificar.

---

---

**4.9** Ha notado efectos secundarios a partir de la toma de esos suplementos? Si es así especificar.

---

---

---

**5. INFORMACION ADICIONAL**

La compleja naturaleza de la alergia a los metales significa que ella puede manifestarse por si misma en formas no contempladas en las preguntas del presente cuestionario. Si usted padece otros síntomas sin explicación, cualquier información que considere relevante o cualquier sospecha personal de lo que pueda haber detrás de su enfermedad, por favor, detállelo tanto como pueda.

---

---

---