

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de extracción: _____
Primer apellido: _____ Edad: _____
Segundo apellido: _____ DNI: _____

Se solicita su consentimiento para realizar una prueba funcional endocrina que requiere la administración de un producto natural sintético y en algunos casos, farmacológico.

Dicha prueba ha sido indicada por su médico para obtener información que ayudará a comprender y tratar mejor su enfermedad.

Esta prueba se realiza de la siguiente manera: tras cogerle una vía venosa periférica en condiciones estériles y con un sistema desechable, se extraen muestras de 5 a 10 ml de sangre antes y a tiempos distintos después de administrarle, a la dosis de, por vía.....

RIESGOS / EFECTOS SECUNDARIOS

Test de TRH: pueden aparecer calor facial, sabor raro y deseo miccional. Debe vigilarse especialmente en hipertensos.

Test de estimulación con clonidina (catapresan): puede producir Sueño, mareo e hipotensión. **Test de sobrecarga oral de glucosa, tiempo de tránsito intestinal,**

test sobrecrecimiento bacteriano y test de fructosa: puede producir náuseas.

Test de Metopirona: ocasionalmente pueden aparecer náuseas o vómitos.

Test de glucagón intravenoso: pueden aparecer náuseas y vómitos.

Test de estimulación con ejercicio + L-DOPA: puede producir náuseas y vómitos. **Curvas de lactosa/ Análisis de Intolerancia a la lactosa:** puede producir como efectos secundarios molestias abdominales o diarrea. **Test de sobrecarga salina:** hipertensión.

Test de propranolol: Contraindicado en pacientes asmáticos o hipoglucémicos, no debe realizarse en niños con enfermedades cardíacas o estados que impidan la realización de ejercicio.

Test de hipoglucemia insulínica: Aparición de sintomatología leve (sensación de hambre, debilidad, náuseas, sudor frío, nerviosismo).

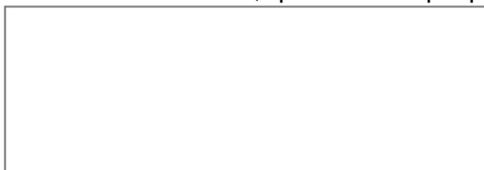
Los **test de Synacthen, furosemida, decapeptyl, xilosa y dexametasona** carecen de riesgos.

Deberá comunicar sus circunstancias personales (estado de salud previa, edad, alergia...) que puedan generar otros riesgos o complicaciones:

.....

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado de forma comprensible de la utilidad, naturaleza y riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas mis dudas. Si surgiera alguna situación imprevista y urgente que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo. Así mismo, queda claro que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.



Firma del paciente



Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc).

Nombre:

DNI:

Firma:

En calidad de:

Autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Observaciones del paciente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DENEGACION / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACION/REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Firma del paciente

Firma del testigo

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, Madre o Tutor, etc).

Nombre:

DNI:

Firma:

En calidad de:

Deniego/Revoco la realización del procedimiento mencionado.