

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PRUEBA DE HIPOGLUCEMIA INSULÍNICA PARA GH ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Paciente en reposo en decúbito supino y sin fumar. Se coloca una cánula intravenosa 15 minutos antes de la primera extracción.

Se realiza una extracción basal de sangre para determinar GH. Tras administrar 0,1 U de insulina rápida/Kg de peso (0,2 U/kg en caso de diabetes, Cushing y acromegalia y 0,05 U/Kg de peso en caso de insuficiencia suprarrenal), se hacen nuevas extracciones para determinar glucosa y GH a los 15, 30, 60, 90 y 120 minutos.

De no haber evidencia de hipoglucemia a los 45 minutos, se repetirá el pulso de insulina. Se controla pulso, tensión arterial y síntomas de hipoglucemia cada 15-30 minutos.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Valoración de la secreción de GH.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Test de clonidina, test de glucagón para determinación de GH, test de propranolol + ejercicio.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Establecer un diagnóstico de certeza.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

No realización del diagnóstico.

### RIESGOS FRECUENTES

Síntomas de hipoglucemia (sudor, palpitaciones, somnolencia), dolor leve en la zona de punción, hematoma en la zona de punción.

### RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Desorientación, agitación, convulsiones, pérdida de conocimiento.

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**
**CONTRAINDICACIONES**

Epilepsia, cardiopatía isquémica; hipopituitarismo, insuficiencia suprarrenal y/o tiroidea si no están correctamente sustituidos los déficit hormonales.

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>