

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PRUEBA DE TRIPLE ESTÍMULO ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

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

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

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Condiciones: Ayuno nocturno previo, reposo en camilla y no fumar durante la prueba. Se canaliza una vena 15 minutos antes de comenzar la prueba. Se controla periódicamente pulso, tensión arterial y síntomas de hipoglucemia.

Tiempo 0: Extracción de sangre para glucosa, GH, PRL, TSH, Cortisol, LH y FSH.

A continuación se administran por vía intravenosa 400 mcg de TRH y 100 mcg de Luforán.

Minuto 20: Extracción para TSH y PRL en todos los casos, GH si acromegalia, cortisol si síndrome de Cushing.

Minuto 30: Extracción para LH y FSH en todos los casos, GH si acromegalia, cortisol si síndrome de Cushing.

Minuto 60: Extracción para TSH, PRL, LH y FSH en todos los casos, GH si acromegalia, cortisol si síndrome de Cushing.

A continuación, se administran 0,1 U de insulina rápida/ Kg de peso (0,2 U/Kg en caso de diabetes, acromegalia o Cushing y 0,05 U/Kg en caso de insuficiencia suprarrenal).

Minuto 80: Extracción para glucosa, GH, PRL y cortisol.

Minuto 90: Extracción para glucosa, GH, PRL, cortisol, LH y FSH.

Minuto 100: Extracción para glucosa, GH, PRL y cortisol.

Minuto 120: Extracción para glucosa, GH, PRL y cortisol.

Minuto 180: Extracción para glucosa, GH, PRL, cortisol, LH y FSH.

En caso de no obtenerse evidencia de hipoglucemia, se repetirán nuevos pulsos de insulina.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Valoración del eje hipotálamo-hipófisis para realizar el diagnóstico del paciente.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Mediciones basales (una sola extracción) lo que da una información insuficiente o incompleta sobre la respuesta de la glándula endocrina que se pretende estudiar.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Establecer un diagnóstico de certeza.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

No realización del diagnóstico.

RIESGOS FRECUENTES

Sensación transitoria de sed, sensación de rubefacción facial, náuseas, sensación de micción imperiosa, vértigo, sabor raro de boca, aumento transitorio de tensión arterial, palpitaciones, sudor frío, astenia.

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

Coma hipoglucémico.

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

CONTRAINDICACIONES

Insuficiencia suprarrenal y/o tiroidea, cardiopatía isquémica, epilepsia.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO 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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA