

<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 DEL TEST DE CLONIDINA**

### **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:

<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

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

<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

#### **IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Ayuno nocturno previo. Se coloca una cánula intravenosa 15 minutos antes de la primera extracción.

Se hace una extracción basal de sangre para determinar GH. Tras administrar por vía oral 0,15 mg de clonidina/ m<sup>2</sup>, se hacen nuevas extracciones para determinar GH a los 60, 90 y 120 minutos.

El paciente debe seguir acostado 2 horas tras la prueba. Se vigilará su tensión arterial cada 30 minutos.

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

Valoración de la secreción de GH.

#### **ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO**

Prueba de hipoglucemia insulínica, test de glucagón para determinación de GH, test de propanolol + ejercicio.

#### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Establecer un diagnóstico de certeza.

#### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

No realización del diagnóstico.

#### **RIESGOS FRECUENTES**

Somnolencia, cansancio y caída de TA sistólica.

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

Ninguno.

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

#### **C. INFORMADO DEL TEST DE CLONIDINA**

**CONTRAINDICACIONES**

Ninguna.

<b>PACIENTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<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>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<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>

**C. INFORMADO DEL TEST DE CLONIDINA**

C/ Obispo Rafael Torija, s/n- 13005 CIUDAD REAL – Telf: 926 27 80 00 – Fax: 926 27 85 02

Página 2 de 2