

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
TEST DE ESTÍMULO CON ACTH
ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA**

***¿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

Esta prueba consiste en la administración por vía intravenosa de ACTH sintética, que es una hormona hipofisaria para ver la respuesta de sus glándulas suprarrenales.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Se pretende estudiar si su hijo/a presenta alguna alteración en la producción de hormonas por parte de esta glándula.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Es la prueba funcional de elección para el estudio de ciertas alteraciones de la glándula suprarrenal.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Permite el adecuado diagnóstico de la enfermedad y en su caso establecer el tratamiento adecuado.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Si no se realizara, no se diagnosticarían alteraciones hormonales de la glándula suprarrenal, que podrían implicar entre otras un desarrollo más precoz del vello pubiano o axilar así como una alteración de la talla.

RIESGOS FRECUENTES

1. Rubefacción.
2. Náuseas.
3. Vómitos.
4. Febrícula.
5. Prurito.
6. Rara vez pancreatitis.

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

C. INFORMADO DE TEST DE ESTÍMULO CON ACTH

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

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad conocida al fármaco.

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