

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TEST DE ESTÍMULO DE GH (TEST DE CLONIDINA) 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 que se le va a realizar a su hijo/a consiste en la administración por vía oral de un medicamento llamado clonidina que favorece la producción de hormona del crecimiento (GH) por el organismo.

Se realizan mediciones de la hormona antes y después de la clonidina y se observa si se produce o no una respuesta adecuada en la producción de hormona de crecimiento.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Con ello se pretende estudiar si su hijo/a presenta un defecto en la producción de dicha hormona que pueda ser la causa de la talla baja.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Forma parte, junto a otros test de estímulo, de las pruebas funcionales de elección para el estudio de la hormona del crecimiento.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Contribuye el correcto diagnóstico de la enfermedad y en su caso al tratamiento adecuado.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Dificultaría el diagnóstico de un déficit de la hormona del crecimiento.

Además, su realización es un requisito para conceder el tratamiento con hormona del crecimiento por parte del Comité para la GH del Ministerio de Sanidad.

RIESGOS FRECUENTES

1. Sedación y somnolencia.
2. Mareo.
3. Sequedad de boca.
4. Bajada de la tensión arterial (hipotensión).
5. Enlentecimiento de la frecuencia cardíaca (bradicardia).

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

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

CONTRAINDICACIONES

1. Cardiopatía isquémica.
2. Enfermedad cerebrovascular.
3. Insuficiencia renal grave.

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