

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TEST DE LEUPRORELINA.

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

Se realiza una extracción basal de sangre para determinar LH, FSH y estradiol o testosterona. Tras una inyección subcutánea de 500 mcg de acetato de leuprorelina., se hacen nuevas extracciones para determinar LH y FSH a las 3 y 6 horas. Se volverá a extraer sangre para determinar LH, FSH y estradiol o testosterona a las 24 horas.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Diagnóstico diferencial entre pubertad precoz verdadera y telarquia prematura aislada no progresiva.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Ninguna.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Establecer un diagnóstico de certeza.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

No realización del diagnóstico.

RIESGOS FRECUENTE

Irritación dérmica pasajera en el lugar de inyección, debilidad.

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

Fiebre, náuseas, vómitos, edematización, eritema y sudoración.

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

C. INFORMADO DEL TEST DE LEUPRORELINA.

CONTRAINDICACIONES

Ninguna.

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

C. INFORMADO DEL TEST DE LEUPRORELINA

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

Página 2 de 2