

<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 SUPRESIÓN DE GH CON SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA ESPECIALIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

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

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

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Ayuno nocturno previo. El paciente debe permanecer en reposo y sin fumar a lo largo de la prueba. Se coloca una cánula intravenosa 15 minutos antes de la primera extracción.

Se hace una extracción basal par determinar GH y glucosa. Tras 15 minutos, se administran por vía oral 75 g de glucosa (en niños 1,75 g / Kg<sup>2</sup> hasta un máximo de 75 g) diluidos en 300 ml de agua, a beber en 5 minutos. Se hacen nuevas extracciones para determinar GH y glucosa a los 30, 60, 90 120 y 180 minutos.

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

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

Diagnóstico de acromegalia.

### 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

Náuseas, vómitos y diarrea.

### 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

**CONTRAINDICACIONES**

No. Precaución en pacientes con Diabetes Mellitus.

<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>