

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TEST DE TSH RECOMBINANTE 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

La TSH recombinante (TSHr) es una hormona fabricada mediante técnica de recombinación genética y de exclusivo uso hospitalario. La prueba se realiza mediante la inyección intramuscular de la hormona en la zona glútea durante 2 días consecutivos y se extraen muestras de sangre antes y una o más veces después de la última inyección.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Estimular posibles restos de tejido tiroideo en algunos casos de cáncer diferenciado de tiroides, en pacientes a los que se les ha extirpado el tiroides. Esto permite la medición de la tiroglobulina, un marcador tumoral que es útil para el seguimiento del proceso, y establecer si el paciente está libre o no de enfermedad.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Retirada del tratamiento con hormona tiroidea durante aproximadamente 1 mes.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Seguimiento del cáncer diferenciado de tiroides.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Si no se realiza este procedimiento, habrá que recurrir a la retirada del tratamiento con hormona tiroidea, lo que conlleva la aparición de síntomas de hipotiroidismo.

RIESGOS FRECUENTES

Náuseas, cefalea, astenia, vómitos.

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

Urticaria, inestabilidad, parestesias.

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

CONTRAINDICACIONES
 No.

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