



## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

### **1. ¿Qué es?:**

Es una prueba para comprobar la presencia de hipoglucemia tras el ayuno. Se mantiene la persona en ayunas, únicamente con ingesta líquida acalórica.

### **2. ¿Cómo se realiza?:**

Se realizan extracciones de pequeñas cantidades de sangre al inicio de la prueba, y posteriormente cada 3 horas hasta que la glucemia sea menor de 70 mg/dl, cada hora hasta que la glucemia sea menor de 60 mg/dl, y cada media hora hasta que la glucemia sea menor de 50 mg/dl. Para ello se pincha una vía periférica con una aguja, que se retira manteniendo un pequeño catéter, a través del cual se irán realizando las extracciones de sangre. La prueba se realizará por la mañana. Se realiza en régimen hospitalario bajo control médico. La duración de la prueba depende de la edad del niño: (0-6 meses: 8 horas), (6-8 meses: 12 horas), (8-12 meses: 16 horas), (1-2 años: 18 horas), (2-8 años: 20 horas), (>8 años: 20-36 horas).

Se suspende cuando la glucosa plasmática desciende por debajo de 50 mg/dl, o cuando el paciente tiene signos/síntomas de hipoglucemia, y/o se cumpla la duración prevista según la edad. En caso de producirse hipoglucemia se realizará una extracción para glucosa e insulina y se administrará glucosa por vía oral o intravenosa y se interrumpirá la prueba. Una vez finalizada la prueba, no se requiere ningún cuidado especial.

### **3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

Los riesgos son poco frecuentes y de carácter leve: Aparición de hipoglucemia, cuyos síntomas pueden ser sudoración fría, palpitaciones, temblores, sensación de inestabilidad, somnolencia. La punción venosa puede resultar molesta o dolosa y se puede desarrollar hematoma en la zona de punción.

### **4. Consecuencias previsibles de su realización:**

No produce ninguna consecuencia negativa previsible, salvo la hipoglucemia.

### **5. Consecuencias previsibles de su no realización:**

En caso de no realizarse se perderá información diagnóstica de la hipoglucemia en ayuno, que podría ser importante para un tratamiento adecuado de la enfermedad.

### **6. Alternativas:**

No existen alternativas.

### **7. Riesgos en función de la situación del niño o niña:**

El niño o la niña y/o su familia debe advertir de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, problemas cardiopulmonares, existencia de marcapasos, medicación habitual, enfermedades de base o cualquier otra circunstancia que pueda complicar la prueba.

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y las circunstancias personales, son.....

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**PACIENT / PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

**REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

**PROFESSIONAL / PROFESIONAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / DECLARO que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.
- He comprés la informació rebuda. / He comprendido la información recibida.
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Per tant: / Por tanto:

Autoritze la realització d'aquest procediment.  
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.  
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / Paciente o representante, d Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.

Pacient o representant / Paciente o representante, d Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

**RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.

Pacient o representant / Paciente o representante, d Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.