

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: es una prueba para ver la secreción de tirocalcitonina por las células parafoliculares del tiroides, tras el estímulo de la pentagastrina, en el carcinoma medular de tiroides aislado o familiar (NEM tipo II). Un valor elevado es indicativo de carcinoma medular de tiroides, aunque pueden existir falsos positivos en caso de que el/la paciente sufra insuficiencia renal, hepática, lactancia prolongada y en diferentes neoplasias. Hay que completar la prueba con estudio genético.

2. ¿Cómo se realiza?: mediante la administración de pentagastrina para estimular las células parafoliculares del tiroides y medición de la calcitonina. Al/ a la paciente se le instaura una dieta previa normal en calcio 750-800 mg/día. El/la paciente estará en ayunas 8-10 h antes, permaneciendo en la cama en decúbito supino durante toda la prueba. Se toma una vía según la técnica habitual. Después de la toma de sangre basal, se administra pentagastrina (0,5 microg/Kg de peso) en 5". Continuación se extraerán muestras en 1', 2', 3', 5', 10', dando por finalizada la prueba.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** la parte de la punción venosa puede resultar dolorosa o al menos molesta. Dolor o hematoma en la zona de la punción.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** alguno/as pacientes, a los 30-40" después de la inyección presentan sensación de opresión o malestar retroesternal y en el abdomen. Raramente sensación de calor, enrojecimiento facial o náuseal que suelen ceder en 1'ó 2'.

4. Consecuencias previsibles de su realización: proporcionar información diagnóstica del posible carcinoma NEM tipo II, que podría ser importante para el seguimiento y tratamiento más oportuno de su enfermedad.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: va a suponer que su médico/a responsable no disponga de información necesaria para el diagnóstico y tratamiento más oportuno de su enfermedad.

6. Alternativas: no las hay.

7. Riesgos en función de su situación: es necesario por parte del/de la paciente, advertir de sus posibles enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la prueba o agravarla. Por la situación vital actual del/de la paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo general es mayor.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

| | | | | | |
|-----------|--|----------|--------------------|-----|---------------------|
| APELLIDOS | | NOMBRE | | DNI | FECHA DE NACIMIENTO |
| Nº SIP | DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) | | | | CP |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | | |

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | |
|-----------|--------|-----|------------------|---------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | DNI | FECHA NACIMIENTO | EN CALIDAD DE |
|-----------|--------|-----|------------------|---------------|

DATOS PROFESIONAL

| | | | |
|-----------|--------|-----------------------|------------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | CATEGORIA PROFESIONAL | NUM. COLEGIACIÓN |
|-----------|--------|-----------------------|------------------|

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

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 como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____