



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: es una prueba de estimulación de la hormona del crecimiento (GH) para medir la capacidad del cuerpo para producir dicha hormona. El GHRH es el factor liberador de la GH y en pacientes normales tras su administración i.v. se produce un incremento de la GH de 26 +/- 10 ng/ml sobre los niveles basales, frecuentemente indetectables. Combinada con arginina es una alternativa a la hipoglucemia insulínica en adultos. No estaría indicada si se sospecha fallo hipotalámico y de reciente instauración, ya que al estimular la GHRH directamente la hipófisis, se podría obtener una respuesta falsamente normal en estos casos. Tampoco es útil para realizar el diagnóstico de déficit de GH aislado idiopático en niños/as, ya que tienen un defecto en la regulación hipotalámica de la secreción hipofisaria de GH y se espera que respondan de forma normal a la administración de GHRH.

2. ¿Cómo se realiza?: en ayunas, se le coloca un catéter a las 9 h, realizándose una serie de extracciones a -30' , basal, 30' ,60' ,90' y 120' . En el tiempo basal y después de la extracción de sangre, inyectaremos 10 microg de GHRH i.v. en bolo. La GH tras la inyección de GHRH producirá un incremento superior a 10 ng/ml, siempre que se trate de pacientes normales.

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%):** en el 20 % de los casos se suele producir enrojecimiento facial y sensación de calor.

4. Consecuencias previsibles de su realización: no producen ninguna consecuencia negativa previsible.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: no realización del diagnóstico.

6. Alternativas: otros test de estímulo para GH.

7. Riesgos en función de su situación: es necesario por parte del/de la paciente, advertir de 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: _____