



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es? es una prueba que sirve para valorar la respuesta de una serie de hormonas tras la aplicación de otra hormona o sustancia que variará según las hormonas que interese estudiar y de esta forma completar o realizar el diagnóstico de determinadas enfermedades endocrinas.

2. Cómo se realiza? realizando varias extracciones de pequeñas cantidades de sangre antes y después de administrar una determinada sustancia (generalmente una hormona) por vía endovenosa u oral. Para ello se pincha una vena periférica con una aguja, que se retira manteniendo un pequeño catéter, a través del cual se irán realizando las extracciones de sangre en número y frecuencia variable según el tipo de test específico a realizar. Una vez finalizada la prueba o test, no se requiere ningún cuidado especial

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** Los riesgos y complicaciones posibles dependen de cuál sea la prueba funcional a realizar. Se detallan a continuación los riesgos, tanto los generales, como los específicos de cada prueba. Su médico le indicará cuál es la prueba que a usted se le va a realizar.

Generales: dolor leve en la zona de punción. Hematoma en la zona de punción.

Específicas según la prueba a realizar (todas son frecuentes, transitorios y leves salvo cuando se indica):

Test de Ejercicio-Propanolol: bradicardia, hipotensión.

Test de Clonidina: bradicardia, hipotensión, sueño, náuseas.

Test de Hipoglucemia Insulínica, Megatest Hipofisario y Test de Ayuno: hambre, sudor, mareo, temblor, taquicardia, sueño. Test de TRH: náuseas, rubor facial, urgencia miccional, cefalea, hipertensión, taquicardia, opresión torácica.

Test de Pentagastrina: náuseas, rubor facial, taquicardia, dolor torácico, sabor metálico. Test de Glucagón: náuseas, vómitos.

Test de Captopril: hipotensión.

Test de Furosemida: hipotensión

Test de Sobrecarga Oral de Glucosa: náuseas, vómitos.

Test de Frenación Fuerte Larga con Dexametasona: muy raramente puede aparecer cuadro de psicosis.

Test de la Deshidratación: pérdida de peso, hipotensión.

Test de Arginina-Vasopresina: sed, hipertensión, flebitis.

Test de GRF: rubor facial.

Taquicardia: aumento de la frecuencia cardíaca (palpitaciones).

Bradicardia: disminución de la frecuencia cardíaca.

Hipertensión: elevación de la tensión arterial.

Hipotensión: disminución de la tensión arterial.

Urgencia miccional: necesidad urgente de orinar.

Flebitis: inflamación (enrojecimiento, hinchazón, dolor y calor) de las venas

- **Infrecuentes (menos del 10%):** Muy raramente puede aparecer desorientación, agitación, convulsiones, coma.

4. Consecuencias previsibles de su realización: Las pruebas funcionales pretenden el diagnóstico de una alteración endocrinológica.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: La no realización de la prueba funcional puede hacer que el diagnóstico no se pueda realizar correctamente.

6. Alternativas: La alternativa a las pruebas funcionales son mediciones basales (1 sola extracción), lo que da una información insuficiente o incompleta sobre la respuesta de la glándula endocrina que se pretende estudiar.

7. Riesgos en función de su situación:

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: _____