



## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

### **1. ¿Qué es?:**

Test de confirmación de la diabetes gestacional a realizar en aquellas gestantes que hayan dado positivo en el test de O'Sullivan.

### **2. ¿Cómo se realiza?:**

El test consiste en la administración de glucosa por vía oral y medir el aumento de glucemia durante tres horas. La paciente vendrá en ayunas de 10 -12 h y dieta rica en carbohidratos (>150 g/día) los tres días previos. Se administran 100 g de glucosa oral. La paciente deberá permanecer en reposo. Se extraerá sangre en situación basal y a la 1ª, 2ª y 3ª hora después de la administración de glucosa.

### **3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

El riesgo más frecuente consiste en tener náuseas e incluso llegar a vomitar con lo que la prueba quedaría anulada. La parte de la punción venosa puede resultar dolorosa o al menos molesta. Dolor o hematoma en la zona de la punción.

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

No produce ninguna consecuencia negativa previsible.

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

Supondrá que su médico/a no disponga de la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento más oportuno de su enfermedad.

### **6. Alternativas:**

No existen.

### **7. Riesgos en función de la situación del paciente:**

Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo general es mayor.

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



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN**

**TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA CON 100 g**

**1. 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	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. 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: \_\_\_\_\_