



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?:

Esta prueba consiste en administrar dexametasona la cual inhibe la secreción de la hormona ACTH y consecuentemente se inhibe también la liberación de cortisol adrenal. Esta prueba nos ayuda a determinar la causa del hipercortisolismo patológico diferenciando entre una posible enfermedad de Cushing con otras formas de síndrome de Cushing. La sensibilidad de este test ronda el 85%.

2. ¿Cómo se realiza?:

Este test consiste en recoger orina de 24 horas para medir el nivel basal de cortisol libre, 17-hidrocorticoesteroides y el aclaramiento de creatinina. A continuación se administra dexametasona a razón de 0.5 mg cada seis horas durante dos días (2 mg/día en adultos o 30 µg/Kg/día en niños) y se extrae sangre a las 8 de la mañana de los siguientes días (24 y 48 horas) .A continuación se administran 2 mg de dexametasona cada seis horas durante dos días más (8 mg en adultos y 120 µg/kg/día en niños) y se extrae sangre a las 8 de la mañana en los siguientes días (24 y 48 horas). Diariamente se recoge la orina de 24 horas durante los días que dura la prueba.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

No se observan riesgos frecuentes de importancia. La parte de la punción venosa puede resultar dolorosa o molesta, ocasionando a veces hematoma en la zona de punción. No se describen riesgos graves poco frecuentes.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

No produce ninguna consecuencia negativa previsible.

5. Consecuencias previsibles de su no realización:

Supondrá que no dispongamos de información necesaria para el diagnóstico y tratamiento más oportuno de su enfermedad.

6. Alternativas:

Existen los test de supresión rápida de cortisol plasmático, pero si su médico/a especialista le ha pautado este, significa que es la prueba más adecuada para usted.

7. Riesgos en función de la situación del paciente:

Es necesario que usted nos informe de sus posibles alergias medicamentosas y de cualquier situación médica que pueda aumentar los riesgos o complicaciones de esta prueba.

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus 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
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / 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 _____ de _____
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.*

_____, d _____ de _____

Pacient o representant / *Paciente o representante* _____
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.*

_____, d _____ de _____

Pacient o representant / *Paciente o representante* _____
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.*