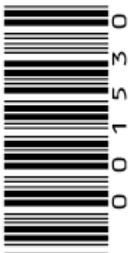


FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

<p>CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ</p>	<p>SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN</p>
<p>1 DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) HIPOGLUCEMIA INSULÍNICA</p>	
<p>Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.</p> <p>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p> <p>(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.</p>	
<p>1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:</p>	
<p>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE: La prueba de hipoglucemia insulínica consiste básicamente en provocar una hipoglucemia (bajada de azúcar) mediante la administración de insulina intravenosa. Durante la hipoglucemia se realizan pequeñas extracciones de sangre para estudiar si el nivel de las hormonas hipofisarias: ACTH y hormona del crecimiento (GH) son adecuados. Esta prueba está indicada en el protocolo de estudio de los niños con talla baja o adultos con sospecha de deficiencia de hormonas hipofisarias o suprarrenales.</p>	
<p>CÓMO SE REALIZA: Se canaliza una vía periférica y se administra insulina rápida 0.05–0.15 U/Kg de peso intravenoso (se utilizará 0,05 en pacientes con insuficiencia hipofisaria, sobre todo de ACTH) para producir una hipoglucemia igual o menor de 40 mg/dl (también podría ser valorable si desciende la glucemia un 50% con respecto al valor basal). Se extraen muestras de sangre a los 0, 15, 30, 45, 60, y 90 minutos para determinar glucemia y niveles de GH y/o Cortisol.</p>	
<p>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: Al provocarse una hipoglucemia el paciente puede presentar sensación de hambre, sudor, mareo, temblor, taquicardias o sueño, efectos que son transitorios y ceden tras la administración de glucosa oral o intravenosa. Excepcionalmente puede aparecer desorientación, agitación, convulsiones o coma. Una vez finalizada la prueba o test, no se requiere ningún cuidado especial.</p>	
<p>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: Mediante esta prueba se puede diagnosticar la deficiencia de la hormona de crecimiento con lo que el</p>	



paciente puede beneficiarse de recibir tratamiento con esta hormona en caso de deficiencia. También puede diagnosticarse la deficiencia de ACTH y cortisol, por lo que el paciente podrá beneficiarse del tratamiento con hidrocortisona.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

En niños en estudio por déficit de GH en los que la práctica de la hipoglucemia insulínica se halla contraindicada se deberá practicar otra prueba como por ejemplo el test de estímulo con clonidina o con propanolol y ejercicio.

En adultos en estudio por déficit de GH en los que la práctica de la hipoglucemia insulínica se halla contraindicada se deberá practicar otra prueba, siendo la principal alternativa la prueba de estímulo con glucagón o arginina. En adultos, la prueba de estímulo con clonidina no se aconseja.

En adultos en estudio por déficit de ACTH en los que la práctica de la hipoglucemia insulínica se halla contraindicada se deberá practicar el test de estímulo con ACTH exógena.

<p>CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ</p>	<p>SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN</p>
<p>QUÉ RIESGOS TIENE: Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • LOS MÁS FRECUENTES: Sensación de hambre, sudor, mareo, temblor, taquicardias o sueño • LOS MÁS GRAVES: Excepcionalmente puede aparecer desorientación, agitación, convulsiones o coma. • LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: 	
<p>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: Esta prueba no se lleva a cabo en pacientes con diabetes mellitus y no es válida en la obesidad importante. Esta prueba está contraindicada en pacientes con cardiopatía isquémica, epilepsia, enfermedad cerebrovascular, ancianos y en pacientes con cortisol basal < 5 µg/dl (140 nmol/l).</p>	
<p>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional): El personal de la Unidad que le atiende le permitirá realizar todas las observaciones y le aclarará todas las dudas que le plantee informándole con un lenguaje claro y sencillo.</p>	
<p>OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente. - A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento. - También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial. 	

001530

--

001530

<p>CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ</p>	<p>SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN</p>
<p>1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS</p>	
<p>En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</p>	

CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ		SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	
2	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
2.1	DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)		
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE		DNI / NIE	
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL		DNI / NIE	

2.2	PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA

2.3	CONSENTIMIENTO		
<p>Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.</p> <p>NOTA: Márquese con una cruz.</p> <p>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p>EL/LA PACIENTE _____ EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: _____ Fdo.: _____</p>			

001530

CENTRO SANITARIO HOSPITAL DE JEREZ	SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
---	---

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN	
Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO	
Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

001530