

	CONSENTIMIENTO PARA CLONIDINA	CÓDIGO: FOPRE112
		VERSIÓN: 07
	FORMATO	VIGENCIA: ABR DE 2023
		PÁGINA: 1 de 2

**PRUEBA DE CLONIDINA PARA ESTIMULACION DE HORMONA DE CRECIMIENTO (GH)**

FECHA: \_\_\_\_\_ CODIGO LIH \_\_\_\_\_

El clorhidrato de clonidina (Catapresán) es un anti-hipertensor que causa un incremento en la liberación de GH por la vía de la secreción de GHRH del hipotálamo. El procedimiento que se empleará incluye la canalización de una vena periférica para la toma de muestras basales con la posterior administración por vía oral de Clonidina a razón de 5 ug/Kg o 0.15 mg/m2 y la toma de muestras posteriores a los 60', 90' minutos o de acuerdo con el protocolo solicitado por el médico.

Dentro de los efectos secundarios están el sueño y la disminución de la presión arterial, razón por la que el paciente puede presentar lipotimia; que es un desmayo que puede causar o no la pérdida del conocimiento y su recuperación es rápida y completa. Durante todo el procedimiento el paciente debe permanecer acostado y si necesita incorporarse debe avisar al personal de toma de muestras. Una vez tomada la última muestra de sangre, la camilla se sube lento para que el paciente quede sentado, el familiar o acompañante le debe llevar el desayuno que usualmente toma hasta el sitio dentro de la toma de muestras, y un suero hidratante (pedialyte u otro), luego se deja reposar de 5 a 10 minutos para comprobar tolerancia a la vía oral, por último el personal encargado de toma de muestras procederá a retirar el catéter y dar las recomendaciones de ingesta abundante de líquidos y manejo en casa. **El paciente puede presentar sueño durante el día, por lo tanto, no se recomienda realizar ejercicio u otra actividad que requiera estar alerta.**

El Laboratorio de Investigación Hormonal LIH para cumplir con los procedimientos establecidos cuenta con personal calificado para monitorear el paciente en la prueba, brindando la asistencia requerida durante su permanencia en las instalaciones del LIH.

Las muestras obtenidas durante la prueba serán destinadas únicamente al procedimiento ya mencionado y se mantendrá total confidencialidad de la información obtenida a partir de estas.

Es necesario por parte del paciente advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, medicamentos actuales.

**EI PACIENTE sufre o ha sufrido de:**

Problemas Cardiovasculares: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Hipotensión: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Asma: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre del paciente o acudiente), identificado con CC \_\_\_\_\_ **AUTORIZO** al Laboratorio de Investigación Hormonal LIH para realizar la prueba de CLONIDINA al paciente \_\_\_\_\_

que me fue solicitada por mi médico tratante. FIRMA (paciente o acudiente)

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_ FIRMA (profesional) \_\_\_\_\_

 <b>Laboratorio de Investigación Hormonal</b> <small>LABORATORIO CLÍNICO GENERAL Y ESPECIALIZADO</small>	CONSENTIMIENTO PARA CLONIDINA	CÓDIGO: FOPRE112
		VERSIÓN: 07
	FORMATO	VIGENCIA: ABR DE 2023
		PÁGINA: 2 de 2

**DISENTIMIENTO:**

MANIFIESTO EXPRESAMENTE que RENUNCIO LIBRE, VOLUNTARIA E INEQUIVOCAMENTE a realizarme la prueba, CERTIFICO que se me explicó en forma clara, precisa, sencilla y entendí claramente las indicaciones por parte del personal encargado de la toma de muestra, sobre el examen de Estimulación Hormona de Crecimiento con Clonidina y me hago responsable de las consecuencias que genera la no realización de dicho examen y/o procedimiento, así como de los riesgos para mi salud, por la decisión de no aceptarlo pese a que la entidad me ha explicado en qué consiste el examen y su utilidad. Manifiesto encontrarme libre de toda presión, que esta decisión obedece a mi libre autodeterminación, que me encuentro hábil y capaz de expresar mi libre albedrío.

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_