

	CONSENTIMIENTO PARA LHRH	CÓDIGO: FOPRE110
		VERSIÓN: 05
	FORMATO	VIGENCIA: SEP DE 2022
		PÁGINA: 1 de 2

PRUEBA: ESTIMULACION CON LHRH

FECHA: _____

CODIGO _____

La realización de esta prueba permite valorar la producción de hormonas del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, analizando la liberación de LH, FSH y Estradiol en respuesta a la aplicación exógena del medicamento. Otra utilidad de la prueba es el monitoreo del tratamiento con análogos de GnRh en desórdenes puberales.

El procedimiento que se empleará incluye la canalización de una vena periférica con un catéter para la toma de muestras basales (LH, FSH, Estradiol, Testosterona) con la posterior aplicación de 100 ugr de LHRH ó 2.5 ugr/Kg subcutáneo y la toma de muestras posteriores a los 30, 60, 180 minutos, 8 horas y 24 horas o de acuerdo al protocolo solicitado por el médico, y al examen a tomar.

No se conoce ninguna reacción adversa a menos que exista una hipersensibilidad a los componentes del medicamento.

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.

Esta prueba se realiza bajo la orden médica del Doctor _____

Yo _____ (Nombre del paciente o acudiente), identificado con CC _____ AUTORIZO al Laboratorio de Investigación Hormonal a realizar la prueba de LHRH al paciente _____ que me fue solicitada por mi médico tratante.

FIRMA _____

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

REGISTRO: _____

CARGO: _____

	CONSENTIMIENTO PARA LHRH	CÓDIGO: FOPRE110
		VERSIÓN: 05
	FORMATO	VIGENCIA: SEP DE 2022
		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 LHRH, 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 _____