


| | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|
|  Laboratorio de Investigación Hormonal <small>LABORATORIO CLÍNICO GENERAL Y ESPECIALIZADO</small> | CONSENTIMIENTO PRUEBA CON ACTH | CÓDIGO: FOPRE106 |
| | | VERSIÓN: 03 |
| | FORMATO | VIGENCIA: NOV DE 2019 |
| | | PÁGINA: 1 de 1 |

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE LA PRUEBA CON ACTH

FECHA: _____

CODIGO LIH _____

La realización de esta prueba permite valorar la respuesta de las glándulas suprarrenales al ACTH y diferenciar la función suprarrenal normal de una insuficiencia suprarrenal, también sirve como prueba de apoyo diagnóstico en los defectos enzimáticos de la biosíntesis suprarrenal.

El procedimiento que se empleará incluye la canalización de una vena periférica con un catéter, para la toma de muestras basales con la posterior aplicación intravenosa de la droga Synacthen en dosis de 250ug por metro cuadrado de superficie corporal ó 36 ug/kg (0.25 mg) y la toma de muestras posteriores a los 30 y 60 minutos o de acuerdo al protocolo solicitado por el médico.

No se conoce reacción adversa alguna, aunque como efecto colateral poco frecuente se puede presentar reacción de flushing (enrojecimiento de la piel) en región torácica, cervical anterior (cuello) o facial, asociado o no a prurito, así como sensación de mareo, náuseas y ocasionalmente vómito. Los síntomas se autolimitan al cabo de un par de horas y no requieren manejo farmacológico.

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.

La interpretación de los resultados depende exclusivamente del médico tratante.

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 LIH a realizar la prueba de ACTH al paciente _____ que me fue solicitada por mi médico tratante. FIRMA (paciente o acudiente) _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

REGISTRO: _____

CARGO: _____ FIRMA (del profesional) _____