 Laboratorio de Investigación Hormonal <small>LABORATORIO CLÍNICO GENERAL Y ESPECIALIZADO</small>	CONSENTIMIENTO PARA SUPRESION CON DEXAMETASONA	CÓDIGO: FOPRE107
		VERSIÓN: 04
	FORMATO	VIGENCIA: MARZO 2023
		PÁGINA: 1 de 2

PRUEBA: SUPRESION CON DEXAMETASONA

FECHA: _____ CODIGO LIH _____

La dexametasona es un glucocorticoide sintético que suprime la secreción de ACTH por la pituitaria. Esta prueba es de ayuda diagnóstica en los casos de hipercortisolismo (Síndrome de Cushing).

El examen consiste en tomar al paciente una muestra de sangre basal a las 8:00 a.m. y otra a las 4:00 p.m. para la determinación de Cortisol y ACTH. Adicionalmente suministrar una dosis de dexametasona a razón de 20ug/kg (o la dosis indicada por el médico, máximo 1mg) que el paciente debe tomarse vía oral a las 11:00 p.m. y al día siguiente se toma una nueva muestra de sangre a las 8:00 a.m.

No se conoce ningún efecto adverso de este medicamento en dosis pequeñas como las empleadas en esta prueba.

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 éstas.

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

FIRMA _____

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____ REGISTRO: _____

CARGO: _____

 Laboratorio de Investigación Hormonal <small>LABORATORIO CLÍNICO GENERAL Y ESPECIALIZADO</small>	CONSENTIMIENTO PARA SUPRESION CON DEXAMETASONA	CÓDIGO: FOPRE107
		VERSIÓN: 04
	FORMATO	VIGENCIA: MARZO 2023
		PÁGINA: 2 de 2

DISSENTIMIENTO:

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 Supresión con Dexametasona, 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 _____