

 Laboratorio de Investigación Hormonal <small>LABORATORIO CLÍNICO GENERAL Y ESPECIALIZADO</small>	CONSENTIMIENTO PRUEBA CON ACTH	CÓDIGO: FOPRE106
		VERSIÓN: 04
	FORMATO	VIGENCIA: MARZO 2023
		PÁGINA: 1 de 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE LA PRUEBA CON ESTIMULO DE 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 con el 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, nauseas 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.

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) _____

	CONSENTIMIENTO PRUEBA CON ACTH	CÓDIGO: FOPRE106
		VERSIÓN: 04
	FORMATO	VIGENCIA: MARZO 2023
		PÁGINA: 2 de 2

DISENTIMIENTO:

MANIFIESTO EXPRESAMENTE que RENUNCIO LIBRE, VOLUNTARIA E INEQUIVOCAMENTE a realizarme el examen, 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 a realizar con el estímulo de ACTH, 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 _____