

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA TEST DE AYUNO

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea con atención la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE:

El test de ayuno es un procedimiento diagnóstico que evalúa la respuesta metabólica del paciente frente a la supresión del aporte de glucosa. Se utiliza en pacientes con hipoglicemia de causa no precisada, con el fin de investigar la etiología subyacente y orientar el tratamiento.

CÓMO SE REALIZA:

El paciente debe permanecer hospitalizado y en ayuno supervisado. Se instala una vía venosa periférica para extracciones de sangre y eventual administración de tratamiento. Durante el procedimiento se controlarán glicemias capilares cada una hora. Si la glicemia es ≤ 50 mg/dl, se toman muestras venosas ("muestra crítica") para exámenes de laboratorio y, en pacientes estables, se realiza prueba con glucagón. Posteriormente se administra realimentación según indicación médica.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Durante el procedimiento puede presentar síntomas de hipoglicemia como sudoración, temblor, hambre, irritabilidad, cefalea, mareos o somnolencia. En casos más severos puede aparecer confusión, alteración de conciencia o convulsiones, los cuales serán tratados de inmediato.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Permitirá obtener un diagnóstico preciso sobre la causa de la hipoglicemia, lo que orientará un tratamiento adecuado y seguro.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

En algunos casos, los médicos pueden optar por estudios ambulatorios de laboratorio, pruebas de imagen o estudios metabólicos específicos, aunque ninguno entrega la misma información directa y completa que el test de ayuno supervisado.

QUÉ RIESGOS TIENE:

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

Náuseas, vómitos, irritabilidad, cambios conductuales, síntomas autonómicos (diaforesis, palidez, taquicardia, temblores), cefalea o mareos por hipoglicemia.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Convulsiones, pérdida de conciencia, coma, compromiso hemodinámico, riesgo de daño neurológico si la hipoglicemia no se trata de forma oportuna.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS

- Contraindicación de la prueba de glucagón en pacientes con hepatomegalia.
- Mayor vigilancia en pacientes con antecedentes de crisis convulsivas o enfermedades metabólicas.

- En caso de inestabilidad clínica (convulsiones, coma, shock), el test se suspenderá inmediatamente y se administrará tratamiento.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

Además de autorizar la realización del test de ayuno, solicitamos su consentimiento para la toma de múltiples muestras de sangre y orina necesarias para el estudio completo de la hipoglicemia. Algunas de estas muestras serán almacenadas congeladas para eventuales análisis posteriores, en caso de que el equipo médico los considere necesarios. También pedimos autorización para la eventual administración de medicamentos durante el procedimiento en situaciones de emergencia (por ejemplo, glucagón, glucosa endovenosa o anticonvulsivantes), con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____ Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o apoderado

Firma Médico