CONSENTIMIENTO INFORMADO
TEST DE SYNACTHEN

*¿**DESEO SER INFORMADO** sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	**DNI**	**FIRMA**	**FECHA**
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre **"MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO"** para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	**DNI**	**FIRMA**	**FECHA**

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
Se coloca una cánula intravenosa 15 minutos antes de la primera extracción.
Extracción basal de sangre para: Cortisol /17-OH progesterona / DHEA,androstendiona y 17-hidroxipregnenolona /11-desoxicortisol. Tras administrar por vía intravenosa 1 ampolla de Synacthen, se determina Cortisol /17-OH progesterona /DHEA, androstendiona y 17-hidroxipregnenolona/11-desoxicortisol a los 60 minutos.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR
Valoración de la función de la corteza suprarrenal. Diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO
Mediciones basales (una sola extracción) lo que da una información insuficiente o incompleta sobre la respuesta de la glándula endocrina que se pretende estudiar.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN
Establecer un diagnóstico de certeza.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN
No realización del diagnóstico.

RIESGOS FRECUENTES
Ninguno

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES
Ninguna.

PACIENTE			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	**DNI**	**FIRMA**	**FECHA**
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	**DNI**	**FIRMA**	**FECHA**
MÉDICO RESPONSABLE DR D/Dª			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	**DNI**	**FIRMA**	**FECHA**