



**DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Test de O'Sullivan**

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente: .....		
Dr: .....		
C.I.A.: .....		
Planta: .....		
F. Ingreso: .....F. Nacimiento: .....		

**1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

El test consiste en la administración de glucosa por vía oral y medir el aumento de glucemia a la hora. Se administran 50 g de glucosa oral (no es preciso estar en ayunas) y se extraerá sangre una hora después para determinar la glucemia plasmática.

**2. OBJETIVO**

Test de despistaje de diabetes gestacional a realizar en todas las gestantes a las 24 – 28 semanas de gestación y en el primer y tercer trimestre si hay factores de riesgo (32 a 34 semanas) si hay factores de riesgo asociados.

**3. BENEFICIOS**

El test es positivo si la glucemia a la hora es superior a 140 mg/dl y el diagnóstico necesita ser confirmado con el test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG)

**4. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO**

No las hay.

**5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

No producen ninguna consecuencia negativa previsible.

**6. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

Va a suponer que su médico responsable no disponga de información necesaria para el diagnóstico y tratamiento más oportuno de su enfermedad.

**7. RIESGOS FRECUENTES**

El riesgo más frecuente consiste en tener nauseas e incluso vomitar con lo que la prueba quedaría anulada. La parte de la punción venosa puede resultar dolorosa o al menos molesta. Dolor o hematoma en la zona de la punción.

**8. RIESGOS POCO FRECUENTES**

**9. RIESGOS POR LA SITUACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE**

Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia,...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo general es mayor.

**10. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....  
....., DNI ..... y nº de SIP .....

Don/doña..... de..... años de edad, con domicilio en.....  
..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente.....  
.....

**DECLARO:**

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente / necesario, en mi  
situación la realización de.....  
.....

En..... a ..... de ..... de 2.....

Fdo.: Don/doña..... DNI.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Colegiado nº: .....

**11. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... de..... de 2.....y no deseo proseguir el  
tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a ..... de ..... de 2.....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: .....