

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TESTE DE ESTIMULO DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO COM INSULINA

1. Fui informado (a) pelo (a) meu (minha) médico(a) de que devo me submeter ao seguinte procedimento: **Teste de Estímulo com Estímulo do Hormônio de Crescimento (GH) com Insulina.**
2. A equipe médica do CEMO explicou-me todo o procedimento do Teste de Estímulo do Hormônio de Crescimento (GH) com Insulina ao qual serei submetido(a), solicitado pelo meu (minha) médico(a) endocrinologista.
3. O teste de estímulo do Hormônio de Crescimento (GH) com Insulina é um teste funcional provocativo utilizado para avaliar a capacidade da hipófise em secretar GH. Consiste em induzir hipoglicemia controlada com insulina intravenosa, desencadeando uma resposta neuroendócrina que suprime a secreção de **Somatostatina** e estimula receptores α -adrenérgicos a secretar GH.
4. O teste é **contraindicado** em pacientes que com histórico de epilepsia, cardiopatia isquêmica (angina ou infarto prévio), antecedentes de convulsões ou acidente vascular cerebral (derrame cerebral). O teste não deve ser realizado em pacientes que não tenham um bom acesso venoso, como frequentemente ocorre em crianças com menos de 3 anos ou abaixo de 20kg.
5. **Efeitos colaterais:** Durante o teste de estímulo com insulina, o paciente pode apresentar: Sintomas devido a hipoglicemia induzida, como sensação de fome, sudorese excessiva, taquicardia, tremores, tonturas, náuseas, vômitos, sonolência e depressão da consciência. Caso os níveis sanguíneos de glicose caiam a valores muito baixos, o médico que acompanha o teste poderá optar pela administração endovenosa de glicose para reverter a hipoglicemia. Convulsões e coma em decorrência da hipoglicemia podem ocorrer, porém são muito raros.
6. No dia do teste, após o procedimento, é recomendável:
 - Evitar atividade física moderada ou intensa.
 - Não ir à escola (no caso de crianças ou adolescentes).
 - Não dirigir veículos (no caso de adultos).
7. Obrigatoriedade para acompanhante e paciente no dia do exame
 - Vir acompanhada pelo responsável;
 - Trazer a carteirinha de vacinação;
 - Jejum de 6 horas para crianças de 2 a 5 anos ou com peso inferior a 20 kg.

- Jejum de 8 horas para crianças com mais de 5 anos.
- É permitido beber água até 4 horas antes do exame.
- Trazer um lanche para o final do exame.

8. Se necessário, o exame poderá ser suspenso a qualquer momento.

9. A liberação do paciente será realizada após a liberação médica.

10. Tive oportunidade de esclarecer todas minhas dúvidas relativas ao **TESTE DE ESTÍMULO DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO COM INSULINA**, após ter lido e compreendido todas as informações do Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido.

Declaro que fui orientado a respeito da finalidade de todos os passos do procedimento e dos riscos envolvidos na realização do exame CURVA DE GH COM ESTÍMULO DE INSULINA e autorizo a realização dele no paciente, conforme solicitado pelo (a) médico (a) assistente. Confirmando que fui devidamente esclarecido e que tive oportunidade de elucidar todas as minhas dúvidas quanto ao exame a ser realizado.

NOME DO PACIENTE: _____

TERMO DE COMPROMISSO DO ACOMPANHANTE

Eu _____ RG _____ me

responsabilizo por acompanhar o paciente acima citado durante e após a finalização do TESTE DE ESTÍMULO DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO COM INSULINA conforme orientações da equipe do Centro de Especialidade Médicas de Araucária. Declaro ainda que recebi e entendi as orientações pós-exame.

Assinatura: _____

Araucária-PR ___/___/___ Hora ___:___

A ser preenchido pelo(a) médico(a)

Expliquei todo o procedimento do TESTE DE ESTÍMULO DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO COM INSULINA a que o(a) paciente acima referido(a) será submetido(a), ao(à) próprio(a) paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas do procedimento, tendo respondido às perguntas formuladas pelos(as) mesmos(as). De acordo com meu entendimento, o(a) paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do(a) Médico(a) _____

Assinatura: _____ CRM: _____

Araucária-PR ___/___/___ Hora ___:___