

## DECLARACION DE CONSENTIMIENTO PARA LA INGESTA DE CARGA DE GLUCOSA

El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo a la ingesta de carga de glucosa.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ sexo: F \_\_\_ M \_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La prueba de tolerancia a la glucosa Oral consiste en la determinación de los niveles de Glucosa en sangre en una muestra basal, en ayunas, y otra u otras (depende de la orden médica) después de la ingesta de 75 gramos de hidratos de Carbono, en caso de tratarse de un paciente menor de 10 años, se debe calcular cuántos gramos se deben suministrar.

**Riesgos en la toma de muestras:** La prueba se va a realizar en sangre al puncionar la vena se puede presentar eritema en el sitio de venopunción, dolor en la fosa ante cubital y hematoma, por favor siga las instrucciones que le va a dar el personal que va a tomar la muestra para evitar estos riesgos.

### Efectos posteriores a la ingesta de la carga de glucosa:

La ingesta de carga de glucosa puede provocar algún efecto adverso como: náuseas, mareos, malestar general, vómitos. Por favor avisar al personal del laboratorio si aparece alguna otra sintomatología. Por las punciones para la extracción de la sangre se pueden formar hematomas (morados en la piel).

### Contraindicaciones

El examen está contraindicado en los siguientes casos:

-Hipersensibilidad a los componentes de la carga:

\* Dextrosa anhidra \* ácido cítrico \* colorante-saborizante

-No encontrarse en ayunas.

-Pacientes bajo condiciones de estrés (Cirugía o cuadros infecciosos).

-El Laboratorio desaconseja la realización de este examen a pacientes que se han sometido a alguna forma de cirugía bariátrica, si es así favor informar antes de la toma de muestra.

### **Recomendaciones durante el examen**

- NO FUMAR, COMER, BEBER O DORMIR
- PERMANEZCA SENTADO, LIMITANDO SUS DESPLAZAMIENTOS
- Si siente náuseas, vómitos, mareos u otro malestar, por favor dar aviso al personal del laboratorio.

### **Beneficios de la prueba: Detección temprana de diabetes o prediabetes**

Permite identificar niveles elevados de glucosa antes de que se presenten síntomas graves, lo que facilita un tratamiento oportuno.

**Prevención de complicaciones:** Mantener niveles adecuados de glucosa reduce el riesgo de complicaciones como enfermedades cardíacas, daño renal, problemas de visión y neuropatías.

**Alternativas de la prueba: Hemoglobina A1c (HbA1c):** Prueba de sangre que muestra el promedio de glucosa en los últimos 2-3 meses.

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ declaro que he sido enterado del contenido del presente documento, lo he comprendido y estando de acuerdo con él, SI \_\_\_\_\_ NO (disentimiento) \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para la realización de la prueba con ingesta de carga de glucosa.

Firma \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

### **Menores de 14 años:**

Yo \_\_\_\_\_ actuando según lo establecido por la ley, como responsable de \_\_\_\_\_ declaro que he sido enterado del contenido del presente documento, lo he comprendido y estando de acuerdo en él, SI \_\_\_\_\_ NO (disentimiento) \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para la realización de la prueba con ingesta de carga de glucosa

Firma \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

**Profesional que informa:** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
**Auxiliar o profesional que toma la muestra** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<b>Modificación</b>	<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>
Se adiciona el disentimiento y el espacio para menores de edad.	01	Diciembre-2022
Se adiciona riesgo, profesional que informa y auxiliar o profesional que toma la muestra.	02	Septiembre-2023
Se adiciona los beneficios y alternativas de la prueba. Se modifica el consentimiento informado para menores de edad por menores de 14 años.	03	Agosto-2025