



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZARSE LA  
PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA**

PETIC	
HGT	
AYUNA	
120'	

Señor(a) :

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 realización de la prueba de tolerancia a la glucosa.

La prueba de tolerancia a la glucosa sirve para establecer el diagnóstico de diabetes mellitus o condiciones asociadas a esta enfermedad. Este análisis permitirá a su médico tomar decisiones terapéuticas apropiadas a su condición.

**EL EXÁMEN:**

La prueba de tolerancia a la glucosa Oral (PTGO) consiste en la determinación de los niveles de Glucosa en sangre en una muestra basal, en ayunas, y otra a las dos horas después de la ingesta de 75 grs de hidratos de Carbono .

Carga de Hidratos de Carbono: Laboratorio Magallanes utiliza **TRUTOLo**, preparado comercial con un saborizante que permite una mejor tolerancia a la ingesta, al ser este un insumo, no se incluye en el valor de la prestación, debe cancelarse \$2.000.-

En ayunas se realizará una determinación de glucosa en sangre total, si presenta valores superiores a 140mg/dl **NO** se continúa la PTGO, el Laboratorio sugiere reemplazarla por una muestra post prandial.

**RECOMENDACIONES**

Comer normalmente durante algunos días antes del examen.

- ✓ Presentarse en ayuna y No coma ni beba nada durante el examen.
- ✓ Algunos fármacos pueden producir intolerancia a la glucosa,CONSULTE PREVIAMENTE A SU MEDICO TRATANTE.

**EFFECTOS ADVERSOS**

La prueba puede provocar algún efecto adverso como: náuseas, mareos, malestar general, vómitos. El paciente debe 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:

- 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.

**DURANTE EL EXÁMEN**

- NO FUMAR, COMER, BEBER O DORMIR
- PERMANEZCA SENTADO, LIMITANDO SUS DESPLAZAMIENTOS
- Si siente **náuseas, vómitos, mareos, sueño u otro malestar**, por favor dar aviso al personal de la Unidad de Toma de Muestras

YO \_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_ declaro haber comprendido este documento, que entiendo la necesidad de la prueba propuesta y que he tenido la ocasión de formular todas las preguntas que he creído convenientes en relación a dicha prueba y estoy satisfecho/a de la información recibida sobre la prueba.

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de dicha prueba:

Frente a esto decido:

<sup>35</sup>/<sub>17</sub> Si, acepto realizarme la prueba de tolerancia a la glucosa

Nombre y firma  
consultante o  
representante legal

\_\_\_\_\_ Firma

Nombre