

**CONSENTIMIENTO INFORMADO – Estudio AMPERC
Alteraciones Metabólicas en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica**

Yo,, documento N°....., he mantenido una reunión con el/la Dr/ Dra....., quien ha solicitado mi autorización para formar parte de un estudio que se realizará a la largo de tres años. Se me ha explicado en términos claros que entendí que este estudio se refiere a los trastornos del metabolismo (del azúcar y las grasas en la sangre) en los pacientes que, como yo, tienen enfermedad renal crónica y sus conclusiones servirán para entender mejor la situación de este tipo de pacientes con el consiguiente beneficio para el cuidado suyo y de otros pacientes con enfermedad renal.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y no implica la administración de ningún tipo de drogas en mi organismo, sino que deberé someterme a un detallado interrogatorio, un examen físico completo que incluirá talla, peso, circunferencia de mi cintura y análisis de laboratorio comunes y algunos análisis especiales tales como una curva de tolerancia a la glucosa, sino tengo diabetes.

La curva de tolerancia a la glucosa se efectúa extrayendo dos muestras de sangre, una antes y otra después de ingerir un líquido dulce. Esta prueba, en el caso de que el paciente esté en tratamiento de hemodiálisis, deberá efectuarse en días en que no se dializa, por lo que deberá concurrir especialmente para ello.

La curva de tolerancia a la glucosa y el resto de análisis se efectuarán una vez por año durante los tres años que dura el estudio (resultando cuatro análisis en total).

Además y según necesidad, se me podrá efectuar un monitoreo ambulatorio de presión arterial, que implica llevar un pequeño aparato conectado a un manguito para tomar presión arterial durante un día entero (inclusive durante la noche mientras duermo) para registrar las variaciones de mi presión durante 24 horas mientras realizo mis actividades habituales.

Mis datos son confidenciales y no se me identificará de ninguna forma en el caso de publicación o presentación de los resultados del estudio

Dejo expresa constancia de haber recibido las explicaciones necesarias de manera clara y comprensible, que se contestaron adecuadamente todas mis preguntas y que doy conformidad de todo ello en el presente documento

Nombre paciente.....Tipo, N° de documento.....
Firma..... Aclaración.....Fecha.....

Nombre testigo.....Tipo, N° de documento.....
Firma..... Aclaración.....Fecha.....

Nombre médico.....Tipo, N° de documento.....
Firma..... Aclaración.....Fecha.....