

*Espaço para Etiqueta com
identificação do paciente*

1. Os testes de estímulo de ACTH são utilizados para pesquisar a deficiência de hormônios da glândula supra-renal em crianças e adolescentes;

2. O exame compreende a coleta de sangue após a administração de medicação por via endovenosa (ACTH) ao paciente, com supervisão de profissionais capacitados;

3. Para a realização do teste deve-se estar em jejum prévio de até 08 horas, comparecer ao laboratório acompanhado por responsável, de preferência até as 08 horas da manhã devido a coleta de cortisol. Em adolescentes que já apresentaram menarca realizar a coleta entre o 2º e 8º dia do ciclo menstrual.

4. O exame não poderá ser realizado em pessoas com hipersensibilidade ao ACTH e em uso de medicamentos corticoides (*Predsim®*, *Celestone®*, *Celestamine®*, *Pednisona®*, *Prednisolona®*etc), anabolizantes, contraceptivos, ácido valproico, fenitoína, clonazepan, nitrazepan, fenobarbital e primidona (remédios anticonvulsivantes)

5. O teste não poderá ser realizado se o paciente estiver com alguma dessas intercorrências:

Asma brônquica ou crises atópicas graves;

Hipersensibilidade ao ACTH;

Psicose aguda;

Doenças Infecciosas (infecção aguda);

Úlcera péptica;

Insuficiência Cardíaca;

Síndrome de Cushing;

Glaucoma;

Hipertensão Intracraniana.

Risco benefício do teste deverá ser analisado pelo médico que irá realizar o teste, em caso de colite ulcerativa, diverticulite, anastomose intestinal recente, insuficiência renal, hipertensão, epilepsia, predisposição a tromboembolismo, osteoporose e *miastenia gravis*.

6. Durante o exame, o paciente poderá apresentar rubor facial e poderá haver risco de reações alérgicas com tendência a choque anafilático em pacientes susceptíveis a crises alérgicas (em especial asma brônquica).

Reações de hipersensibilidade incluem: reação alérgica na pele onde a medicação foi aplicada, tontura, náuseas, vômitos, urticária, prurido, dispneia, edema angioneurótico, edema de Quincke e síncope.

7. Se necessário, o exame poderá ser suspenso a qualquer momento pelo médico ou profissional do laboratório.

TERMO DE CONSENTIMENTO

() Paciente () Responsável

Declaro que fui orientado a respeito da finalidade de todos os passos do procedimento e dos riscos envolvidos na realização do exame **TESTE DE ESTÍMULO COM ACTH PARA INVESTIGAÇÃO DE HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA** e autorizo a realização do mesmo 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 legível: _____

RG: _____ Data: _____

Assinatura: _____

TERMO DE COMPROMISSO DO ACOMPANHANTE

Eu, _____,

RG _____ responsabilizo-me por acompanhar o paciente

_____, após a

finalização do exame realizado no dia ____/____/____ conforme orientações da equipe

do laboratório. Declaro ainda que recebi por escrito e entendi as orientações pós-exame.

Assinatura: _____

Local e data

Nome e assinatura do profissional habilitado