



1. Identificació i descripció del procediment

El valproat sòdic (Depakine[®], Milzone[®]) és un fàrmac amb indicació aprovada com a antiepilèptic en adults i xiquets i en el tractament de la mania associada a trastorns bipolars en adults.

Encara que no està indicat en la fitxa tècnica, també s'usa per a la profilaxi de la migranya, com a estabilitzant de l'estat d'ànim i en els trastorns del control dels impulsos i tics infantils. Són necessaris nous estudis que recolzen este ús.

2. Objectiu i beneficis que s'esperen aconseguir

Contribuir a l'estabilització de l'estat d'ànim i al control dels impulsos. L'èxit d'un estat d'ànim més estable i un millor control dels impulsos facilita afrontar de manera més adequada les situacions quotidianes i una major adaptació familiar, social i laboral.

3. Alternatives raonables al procediment

Les tècniques psicoteràpiques seran la primera alternativa. Si es planteja un tractament farmacològic s'han de considerar el liti, altres antiepilèptics, tranquil·litzants majors, o antidepressius com els ISRS.

4. Conseqüències previsibles de la realització del procediment

Possible millora dels símptomes.

5. Conseqüències previsibles de la no-realització del procediment

Si no s'estableix un tractament alternatiu, pot donar-se una persistència o fins i tot un agreujament dels símptomes que repercutiria en el seu funcionament acadèmic o sociofamiliar.

6. Riscos

Freqüents: nàusees, molèsties gàstriques, augment o disminució de pes, amenorrea, ovari poliquístic, trastorns sanguinis i del sistema limfàtic, somnolència, tremolor, formiguejos, canvis en els test hepàtics, caiguda transitòria de pèl.

Rars: hiperandrogenisme, hiperinsulinèmia, irritabilitat, confusió, mal de cap, hipersalivació, diarrea, danys hepàtics, eritema multiforme, lupus, visió doble.

Molt rars: alteracions de la medul·la òssia, pancreatitis, síndrome de Steven-Johnson, síndrome de Lyell, enuresi.

Precaucions: no s'ha de mesclar amb alcohol. Possibilitat d'increment de pes inicial, per la qual cosa s'haurà de realitzar canvis dietètics per a minimitzar-ho. Pot potenciar l'efecte d'altres psicofàrmacs, per la qual cosa s'ajustaran les dosis. Consulte el seu metge, farmacèutic o dentista abans de prendre una altra medicació. El tractament s'interromprà davant de l'aparició d'icterícia, hiperamonièmia o dolor abdominal agut amb amilàsèmia elevada. No canvie o interrompa el tractament sense autorització del facultatiu. Pot afectar la conducció de vehicles o màquines pesades o incapacitar per a conduir-los. Precaució en embaràs i lactància, esports de risc o violents; no s'han de deixar a l'abast dels xiquets.

7. Riscos i conseqüències en funció de la situació clínica del pacient

S'ha d'administrar amb precaució en lactants i en pacients amb insuficiència hepàtica o renal o lupus. És necessari monitoritzar la funció hepàtica i coagulació abans del tractament i especialment durant els primers sis mesos. Evitar associació amb carbamazepina per augment de toxicitat d'esta.

Contraindicacions: hipersensibilitat al principi actiu o als excipients. Hepatopaties. Antecedents familiars d'hepatopatia greu relacionada amb fàrmacs. Porfíria hepàtica. Trastorns del metabolisme d'aminoàcids ramificats i cicle de la urea.

Declaració de consentiment

DECLARE:

- He sigut informat suficientment de la tècnica que se m'aplicarà, dels seus avantatges, riscos i alternatives, i he llegit i comprés la informació que consta en este document. He comprés la informació rebuda i he pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes.
- En qualsevol moment puc revocar el meu consentiment.
- Consent ser fotografiat/da abans i després de la intervenció, i en les revisions establides per a tindre constància dels canvis produïts en la intervenció. Les fotografies formaran part de la meua història clínica.
- Accepte les mesures proposades per a valorar els resultats i aprobe participar en el seguiment d'estos resultats per mitjà de l'assistència a les revisions establides.
- He sigut informat/da que la tècnica està sotmesa a ús tutelat per part del Sistema Nacional de Salut.

En conseqüència, DONE CONSENTIMENT perquè es duga a terme el procediment quirúrgic proposat de correcció facial, una vegada l'he entés, i estic conforme amb la informació proporcionada sobre els possibles beneficis i riscos d'esta tècnica.

....., d de 20.....

Firma el metge/la metgessa

Firma: el/la pacient

Nom: Nom:

Col·legiat/ada núm.:

Revocació del consentiment

Revoque el consentiment prestat en datadde 20..... i no vull prosseguir el tractament, que done per finalitzat el dia de hui.

....., d de 20.....

Firma el metge/la metgessa

Firma: el/la pacient

Nom: Nom:

Col·legiat/ada núm.:

