

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: Es una prova que consisteix en l'administració del medicament anomenat Tensilón® (clorur de edrofoní) o, com a alternativa, l'Anticude® (bromur d'edrofoní) i en l'observació de la resposta muscular. S'usa per a ajudar a diagnosticar la miastènia greu (una malaltia de la unió neuromuscular crònica, progressiva, caracteritzada per fatiga i feblesa dels músculs voluntaris). És útil per a diferenciar-la d'altres malalties que poden donar símptomes semblants.

2. Com es realitza?: Administrant el fàrmac a través d'una vena. És possible que abans el seu metge/essa intente fatigar els músculs fent que faça diversos exercicis com obrir i tancar les parpelles, comptar fins a 100 en veu alta fins que la veu disminuísca o mantindre els braços alçats per damunt dels muscles fins que caiguen. Una vegada administrat el medicament, vosté i el seu metge/essa han d'estar molt atents per a veure si disminueix la fatiga del múscul. La prova es considera positiva si la fatiga muscular disminueix. La prova es pot repetir amb dosis addicionals de Tensilón® si fora necessari. Generalment no es necessita cap mena de preparació. Prèviament pot ser necessari deixar de prendre algun medicament.

3. Quins són els riscos?:

- **Freqüents (més del 10%):** Se sent una burxada aguda en inserir l'agulla en la vena (generalment en el braç). Pot notar algun dels efectes secundaris del fàrmac com a augment de salivació, nàusees, sudoració, fasciculacions (xicotets tremolors sota la pell), torçons i molèsties abdominals o lleuger tremolor en les parpelles. A vegades hi ha sensació de palpitations. Aquests efectes són de curta duració.
- **Infreqüents (menys del 10%):** En ocasions hi ha sensació de palpitations i poden existir trastorns del ritme cardíac potencialment greus. La prova es realitza tenint sempre a mà un antídote del Tensilón®, que és l'atropina.

4. Conseqüències previsibles de la realització: La resposta a aquest medicament pot variar en cada pacient. Per això a l'inici s'administren dosis baixes que pot ser necessari augmentar en injeccions successives. No té efectes nocius a llarg termini.

5. Conseqüències previsibles de la no realització: Si no es realitza el procediment, podria ocórrer que el diagnòstic de la malaltia es retardara o dificultara.

6. Alternatives: Aquesta prova sol complementar-se amb un estudi electromiogràfic i amb anàlisi de sang on es determinen altres substàncies que poden estar alterades en la miastènia greu.

7. Riscos en funció de la seua situació: Una història d'asma bronquial o arrítmies cardíques són contraindicacions relatives per a aquesta prova.

Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.

DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
Núm. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	----------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	Núm. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment Per tant :

Autoritze la realització d'aquest procediment No autoritze la realització d'aquest procediment

_____ , d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____ d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

Manifeste que per raons personals renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____ , d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

He sigut informat/ada que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb fins científics i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i anonimat. Per això:

AUTORITZE: NO AUTORITZE:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____