

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: Es l'administració de toxina botulínica per al tractament de l'espasticitat muscular (músculs tibants i rígids)

2. Com es realitza?: El tractament consisteix en injeccions periòdiques de la toxina en els músculs que es contrauen en excés. Els resultats es manifesten habitualment dies després de la injecció i són transitoris, amb una duració entre 1 i 6 mesos, per la qual cosa el tractament ha d'administrar-se periòdicament. La toxina actua impedit l'alliberament d'una substància que intervé en la contracció muscular i produeix la feblesa del múscul.

3. Quins són els riscos?:

- **Freqüents (més del 10%):** els efectes secundaris que poden aparèixer són habitualment lleus i transitoris i estan en relació amb el mecanisme mateix d'acció de la medicació. Consisteixen fonamentalment en debilitat dels músculs tractats, amb la consegüent pèrdua transitòria de la funció d'aqueixos músculs. Pot aparèixer dolor i hematomes en el lloc de la injecció. A vegades, es formen anticossos antitoxina botulínica que fan que disminuïska l'eficàcia amb injeccions successives.
- **Infreqüents (menys del 10%):** Molt poques vegades es produeix un quadre general de sensació pseudogripal. De manera imprevisible s'han descrit reaccions al·lèrgiques al fàrmac, potencialment greus. La seua aparició és excepcional.

4. Conseqüències previsibles de la realització: La resposta a la toxina pot variar en cada paciente; per això, a l'inici s'administren dosis baixes, que pot ser necessari augmentar en injeccions successives. No obstant això, cal tindre en compte que l'objectiu no és recuperar la força d'un múscul parètic. En el membre superior pot ajudar a la higiene en el cas de mà en arpa, millorar el dolor i corregir postures anòmales. En el membre inferior pot ajudar a millorar el patró de la marxa.

5. Conseqüències previsibles de la no realització: El tractament pretén millorar la qualitat de vida del/de la pacient, es consensuaran amb la persona malalta els beneficis esperables en el cas de no obtindre els beneficis esperats es pot abandonar el tractament.

6. Alternatives: Las alternatives són, en la majoria dels casos, fàrmacs orals com el baclofó o la tizanidina, però al ser els seus efectes sistèmics i no locals són menys específics sobre els músculs diana i poden provocar feblesa generalitzada o somnolència. En casos d'espasticitat molt greu en extremitats inferiors es pot implantar una bomba de baclofó intratecal que requereix l'implant d'un dispositiu xicotet sota la pell de l'abdomen i a través d'un catèter envia la medicació directament als nervis de la columna. Aquest dispositiu ha d'implantar-se en unitats de dolor especialitzades.

7. Riscos en funció de la seua situació: No està recomanat el tractament amb toxina botulínica en pacients embarassades o en períodes de lactància. Tampoc és convenient administrar-lo a pacients amb malalties neuromusculars com la miastènia greu o l'esclerosi lateral amiotròfica ni en aquells pacients en tractament amb aminoglucòsids o altres fàrmacs que poden interferir amb la unió neuromuscular.

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 anonim. 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: _____