

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

**1. Què és?:** Es l'administració de la toxina botulínica amb l'objectiu de corregir l'excés de contracció dels músculs afectats de les parpelles i que el/la pacient pugua mantindre els ulls oberts.

**2. Com es realitza?:** El tractament es du a terme punxant la toxina en els músculs que es contrauen en excés i que provoquen els símptomes que presenta el/la pacient. Habitualment es punxa en diferents punts d'un o més músculs. La toxina actua impedit l'alliberament d'acetilcolina, la substància que intervé en la contracció muscular i produeix una paràlisi parcial del múscul. La primera vegada que es punxa toxina botulínica a un/a pacient no es coneix amb exactitud la dosi adequada, per la qual cosa s'administra una dosi baixa. Aquesta dosi en general correspon amb la dosi eficaç, però a vegades és insuficient i cal augmentar-la en la següent revisió. A vegades la dosi, malgrat ser baixa, és excessiva per a la persona i li apareixen efectes secundaris.

**3. Quins són els riscos?:**

- **Freqüents (més del 10%):** Els efectes secundaris que poden aparéixer després del tractament són habitualment lleus i transitoris, desapareixen en unes dues setmanes i estan en relació amb el mecanisme mateix d'acció de la medicació. Els efectes secundaris més freqüents són: xicotets hematomes en les parpelles. Caiguda de la parpella en un 11% casos. Irritació ocular o llagimeig en el 10% dels casos. Excessiva feblesa del múscul orbicular dels ulls, que pot impedir el tancament complet dels ulls durant el son, per la qual cosa el/la pacient hauria d'aplicar-se per a dormir una pomada epitelitzant i cloure's els ulls.
- **Infreqüents (menys del 10%):** Poden donar-se una altra sèrie d'efectes més greus, encara que molt menys freqüents. De manera imprevisible s'han descrit reaccions al·lèrgiques al fàrmac, potencialment greus. La seua aparició és excepcional. Visió borrosa o visió doble i queratitis molt infreqüentment (menys de l'1%).

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** La millora obtinguda, que habitualment es manifesta entre el primer i el tercer dia, és transitòria, és a dir, solament es manté durant un temps d'acabat que oscil·la entre un i quatre mesos. Això implica que no és un tractament definitiu, sinó que ha d'administrar-se periòdicament. De qualsevol manera, s'evitarà en general repetir infiltracions abans de les 10-12 setmanes per a evitar el desenvolupament de resistències a la toxina.

**5. Conseqüències previsibles de la no realització:** Absència de millora.

**6. Alternatives:** Hi ha tractaments mèdics com el clonacepam i el trihexifenidil, l'eficàcia dels quals és menor i poden provocar efectes secundaris més importants.

**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 (ELA), ni en 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 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: \_\_\_\_\_