

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: Es un tractament amb toxina botulínica, d'elecció en les distonies (contraccions involuntàries) focals, entre les quals es troba la distonia cervical, per a la qual és eficaç en al voltant del 70% dels casos. La toxina injectada actua impedit l'alliberament d'acetilcolina, la substància que intervé en la contracció muscular, i produeix una paràlisi parcial del múscul, de manera que alleuja l'excés de contracció dels músculs del coll.

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. En la distonia cervical s'injecta la toxina botulínica en els músculs del coll que produeixen la desviació d'aquest. Habitualment es punxa en diferents punts d'un o més músculs. 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 al/la pacient i li apareixen efectes secundaris.

3. Quins són els riscos?:

- **Freqüents (més del 10%):** Els efectes secundaris que poden aparèixer després del tractament són habitualment lleus i transitoris i estan en relació amb el mecanisme mateix d'acció de la medicació. Dolor o hematomes en el punt d'injecció que desapareixen en poc dies (12,8%). Feblesa en els músculs del coll (12% dels casos). Dificultat per a engolir (13,5%), que pot requerir l'ús transitori d'una sonda nasogàstrica. Formació d'anticossos antitoxina botulínica que fan que disminuïska l'eficàcia amb injeccions successives.
- **Infreqüents (menys del 10%):** Després el tractament amb toxina botulínica en els/les pacients amb distonia cervical poden aparèixer efectes secundaris una mica més greus i menys freqüents: ocasionalment una reacció al·lèrgica en la pell o inflamació (3,5%). De manera imprevisible s'han descrit reaccions al·lèrgiques al fàrmac, potencialment greus. La seua aparició és excepcional. Disfàgia o dificultat per a la deglució, que pot requerir de manera excepcional l'ús transitori de sonda nasogàstrica.

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 determinat que oscil·la entre un i sis mesos. Això implica que no és un tractament definitiu, sinó que ha d'administrar-se periòdicament.

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

6. Alternatives: Altres d'alternatives de tractament mèdic amb anticolinèrgics o relaxants musculars tenen escassa eficàcia.

7. Riscos en funció de la seua situació: No està recomanat el tractament amb toxina botulínica en pacients que estan 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 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: _____