

### DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

**1. Què és?:** És l'administració de la toxina botulínica per al tractament de les distonies (contraccions involuntàries dels músculs) segmentàries, com les distonies de les extremitats.

**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 de les extremitats. 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/a la pacient i li apareixen efectes secundaris. La toxina 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. En la distonia d'extremitats, el resultat del tractament no és tan bo com en la distonia facial. La localització dels músculs que estan excessivament contrets en la distonia de les extremitats, especialment en la superior, és habitualment difícil a causa del gran nombre de músculs que poden participar. No obstant això, encara que no desaparega completament la incapacitat, sol millorar el dolor, i en el cas de la distonia del peu també millora la marxa.

**3. Quins són els riscos?:**

- **Freqüents (més del 10%):** Després del tractament amb toxina botulínica en els/les pacients amb distonia de les extremitats poden aparèixer efectes secundaris que 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. En l'extremitat superior, el 54% de les persones tractades van dir que els havia produït feblesa, però la major part preferia aquesta nova situació. Pot aparèixer dolor i hematomes en el lloc de la injecció.
- **Infreqüents (menys del 10%):** Molt poques vegades es produeix un quadre general de sensació pseudogripal. A vegades es formen anticossos antitoxina botulínica que fan que disminuïska l'eficàcia amb injeccions successives. De forma imprevisible s'han descrit reaccions al·lèrgiques al fàrmac, potencialment greus. La seua aparició és excepcional.

**4. Conseqüències previsibles de la realització:** La millora obtinguda, que habitualment es manifesta en la primera setmana, és transitòria, és a dir, solament es manté durant un temps determinat, que sol ser de 9 setmanes. Això implica que no és un tractament definitiu, sinó que ha d'administrar-se periòdicament. Es valorarà després del tractament la conveniència o no del tractament en funció dels resultats obtinguts.

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

**6. Alternatives:** Tractaments orals com els anticolinèrgics o altres medicaments obtenen resultats molt pobres, i presenten efectes secundaris freqüents.

**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: \_\_\_\_\_