

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: Es l'administració de la toxina botulínica per a tractar pacients amb espasme hemifacial. Actua impedit l'alliberament d'acetilcolina, la substància que intervé en la contracció muscular, i produeix una paràlisi parcial del múscul i evita així l'excés de contracció.

2. Com es realitza?: En l'espasme hemifacial s'injecta la toxina botulínica en el múscul orbicular i el frontal afectats. Pot també punxar-se en els músculs de la meitat inferior de la cara, però la incidència d'efectes adversos augmenta. 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/a 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. Els efectes secundaris més freqüents són: Enrogiment ocular. Caiguda de la parpella. Visió borrosa. Visió doble. Sequedat d'ulls. 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. Si s'administra la toxina també en els músculs de la regió inferior de la cara pot aparèixer caiguda de l'angle de la boca, amb la consegüent asimetria facial. Hematomes en els punts d'injecció.
- **Infreqüents (menys del 10%):** 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 entre el primer i el tercer dia, és transitòria, és a dir solament es manté durant un temps determinat, que sol oscil·lar entre un i quatre mesos en l'espasme hemifacial. Això implica que no és un tractament definitiu, sinó que ha d'administrar-se periòdicament. De qualsevol forma, 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 clínica.

6. Alternatives: No existeixen alternatives terapèutiques.

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 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: _____