

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: Es una intervenció destinada a restablir la circulació sanguínia en el cervell interrompuda per un coàgul de sang en les artèries del cervell (ictus). Això pot provocar un dany cerebral irreversible i invalidant, llevat que es restablisca.

2. Com es realitza?: Administrant un medicament que es denomina Alteplasa. El tractament s'administra durant una hora a través d'un sèrum col·locat en una vena. Aquest medicament dissol els coàguls de sang i pot restablir la circulació sanguínia cerebral en molts pacients quan s'administra durant les primeres hores des de l'inici dels símptomes.

3. Quins són els riscos?:

- **Freqüents (més del 10%):** La alteplasa pot provocar hemorràgies, per això no s'administra a persones amb risc conegut de patir-les. Dins d'aquesta complicació, hi ha risc de sagnat cerebral (d'aproximadament el 2-4%); si ocorre pot empitjorar el pronòstic, però no contraresta el benefici terapèutic sobre les seqüeles de la malaltia, i encara que pot arribar a ser mortal, en conjunt no augmenta la mortalitat causada pel mateix infart cerebral.
- **Infreqüents (menys del 10%):** Reaccions anafilactoides i angioedema (al voltant d'un 1-4%), normalment lleus i transitòries, que solen resoldre's espontàniament o amb el tractament habitual de corticoides i antihistamínics.

4. Conseqüències previsibles de la realització: El benefici buscat amb el tractament d'Alteplasa és la disminució de la seqüela i invalidesa provocat per l'ictus isquèmic.

5. Conseqüències previsibles de la no realització: Més seqüeles i pitjor recuperació funcional.

6. Alternatives: Actualment no hi ha aprovat cap altre tractament farmacològic alternatiu a l'alteplasa. En cas d'obstrucció d'un gran vas intracranial, hi ha la possibilitat de l'extracció mecànica del trombe per cateterisme, que és un tractament complementari a l'alteplasa.

7. Riscos en funció de la seua situació: El risc de patir angioedema és una mica major en el cas d'estar prenent fàrmacs del grup d'inhibidors de l'enzim conversiu d'angiotensina (enalapril, captopril, perindopril...).

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: _____