

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Es una intervención destinada a restablecer la circulación sanguínea en el cerebro interrumpida por un coágulo de sangre en las arterias del cerebro (ictus). Esto puede provocar un daño cerebral irreversible e invalidante a no ser que se reestablezca.

2. ¿Cómo se realiza?: Mediante la administración de un medicamento que se denomina Alteplasa. El tratamiento se administra durante una hora a través de un suero colocado en una vena. Este medicamento disuelve los coágulos de sangre y puede restablecer la circulación sanguínea cerebral en muchos/as pacientes cuando se administra durante las primeras horas desde el inicio de los síntomas.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** La alteplasa puede provocar hemorragias, por ello no se le administra a personas con riesgo conocido de padecerlas. Dentro de esta complicación, existe riesgo de sangrado cerebral (de aproximadamente el 2-4%); si ocurre puede empeorar el pronóstico, pero no contrarresta el beneficio terapéutico sobre las secuelas de la enfermedad, y aunque puede llegar a ser mortal, en conjunto no aumenta la mortalidad causada por el propio infarto cerebral.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** Reacciones anafilactoides y angioedema (alrededor de un 1-4%), normalmente leves y transitorias, que suelen resolverse espontáneamente o con el tratamiento habitual de corticoides y antihistamínicos.

4. Consecuencias previsibles de su realización: El beneficio buscado con el tratamiento de Alteplasa es la disminución de la secuela e invalidez provocado por el ictus isquémico.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: Mayores secuelas y peor recuperación funcional.

6. Alternativas: Actualmente no hay aprobado ningún otro tratamiento farmacológico alternativo a la alteplasa. En caso de obstrucción de un gran vaso intracraneal, existe la posibilidad de la extracción mecánica del trombo por cateterismo, suponiendo un tratamiento complementario a la alteplasa.

7. Riesgos en función de su situación: El riesgo de sufrir angioedema es algo mayor en el caso de estar tomando fármacos del grupo de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (enalapril, captopril, perindopril...)

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	---------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado

de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento

No autorizo la realización de este procedimiento

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por _____ razones _____ personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda darme mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente/ su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____