

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE AMPLIACIÓN DE VENTANA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Su neurólogo ha llegado a la conclusión de que los síntomas que usted presenta están causados por un coágulo de sangre que ocluye una de las arterias del cerebro (ictus) y que esto puede provocar un daño irreversible e invalidante, a no ser que se restablezca la circulación sanguínea en el cerebro cuanto antes.

El medicamento que se le va a administrar se denomina Alteplasa. Este medicamento disuelve los coágulos de sangre y puede restablecer la circulación sanguínea en muchos pacientes, aunque también existe un cierto riesgo de que provoque hemorragias graves. Este tratamiento está aprobado para su uso con la condición de que se administre dentro de las tres primeras horas desde el inicio de los síntomas. No obstante, según datos recientes 1,2, el tratamiento también es eficaz y seguro administrado dentro de las primeras cuatro horas y media desde el inicio de los síntomas. En casos muy seleccionados además, podría aplicarse por encima de las cuatro horas y media siempre que se cumplan determinados criterios mediante técnicas de neuroimagen 3 específicas que permiten determinar si pese al dilatado margen de tiempo desde el inicio de la clínica existe aún tejido cerebral salvable con garantías de seguridad 4-7.

El tratamiento se administra durante una hora a través de un suero colocado en una vena. Será sometido a una observación estricta durante las primeras 24 horas y tratado en todos los demás aspectos del mismo modo que los pacientes con un ictus que no hayan podido recibir Alteplasa. Se le practicará otra prueba de neuroimagen de control entre las 22 y 36 horas posteriores a la administración del tratamiento y un seguimiento clínico estrecho durante su estancia hospitalaria.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Disolución del trombo intraarterial, restableciendo la circulación sanguínea en el cerebro, evitando el daño cerebral crónico.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No hay. Tratamiento estándar que se administra a los pacientes con ictus.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejoría clínica del paciente, con recuperación progresiva de su focalidad neurológica.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Evolución natural de un ICTUS cerebral, con el daño neurológico pertinente.

RIESGOS FRECUENTES

Riesgo de que provoque hemorragias graves.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

Plaquetopenia (< 100.000), tratamiento con Sintrón y con un INR de mas de 1.5, Gestación, Crisis epiléptica al inicio del Ictus, hemorragia cerebral, Mejoría rápida de los síntomas, Ictus en los 3 meses previos, hemorragia sistémica severa en las tres semanas previas, Retinopatía hemorrágica, HSA, enfermedad grave, avanzada o terminal.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA