

**SOLICITUD DE MEDICAMENTO DE USO COMPASIVO  
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE ANTE TESTIGO**

NOMBRE DEL PACIENTE: .....

Nº historia: .....

DIRECCION DEL PACIENTE (o representante legal): .....

DECLARO QUE:

Don / Doña .....

como Médico Especialista en .....

en presencia del testigo .....

DNI del testigo: .....

me comunica la posibilidad de recibir tratamiento con Aimovig® (erenumab) 70 mg / 140 mg (márquese lo que proceda) mensuales .

Erenumab es un anticuerpo monoclonal humano que se une al receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). El CGRP es un neuropéptido implicado en la señalización del dolor y un vasodilatador que se ha asociado a la fisiopatología de la migraña.

Los ensayos clínicos en migraña crónica han demostrado que erenumab reduce el número de días de dolor de cabeza en el mes.

Los efectos adversos notificados con erenumab han tenido una intensidad leve o moderada, y consisten en reacciones en el lugar de inyección (5,6%/4,5%), estreñimiento (1,3%/3,2%), espasmos musculares (0,7%/2,0%) y prurito (1,0%/1,8%) para las dosis de 70 mg/140 mg respectivamente. Menos de un 2% de los pacientes que han participado en los ensayos clínicos han abandonado el tratamiento debido a acontecimientos adversos.

Soy consciente de que aunque esta medicación está autorizada para el tratamiento de mi enfermedad por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), aún no está comercializada en España.

Soy también conocedor/a de que el fármaco puede tener algún efecto adverso no descrito anteriormente. Asumo su posible presentación a cambio de un posible beneficio para el tratamiento de mi enfermedad.

El hecho de recibir la medicación es voluntario y puedo renunciar a su administración en el momento que yo estime adecuado.

Nombre del paciente: .....	Nombre del médico: .....
DNI/Pasaporte: .....	DNI/Pasaporte: .....
	Num. del colegiado: .....
Firma del paciente / representante y/o tutor Fecha:	Firma del médico Fecha:

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D. / D<sup>a</sup>: .....  
con DNI / Pasaporte nº .....

D. / D<sup>a</sup>: .....  
con DNI / Pasaporte nº .....  
como representante y/o tutor del paciente

REVOCO el consentimiento prestado el día ..... de ..... de 2....., y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy por finalizado en esta fecha.

Firma del paciente / representante  
y/o tutor  
Fecha:

Firma del testigo  
Fecha:

Firma del médico  
Fecha:

