

**SOLICITUDE DE MEDICAMENTO DE USO COMPASIVO  
CONSENTIMIENTO INFORMADO DO PACIENTE ANTE TESTEMUÑA**

NOME DO PACIENTE: .....

Nº historia: .....

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

DECLARO QUE:

Don / Dona .....

como Médico Especialista en .....

en presenza da testemuña .....

DNI da testemuña: .....

comunicame a posibilidade de recibir tratamento con Aimovig® ( erenumab) 70 mg / 140 mg (márquese o que proceda) mensuais .

Erenumab é un anticorpo monoclonal humano que se une ao receptor do péptido relacionado co xene da calcitonina (CGRP). O CGRP é un neuropéptido implicado na sinalización da dor e un vasodilatador que se asociou á fisiopatoloxía da xaqueca ou hemicrania.

Os ensaios clínicos en hemicrania crónica demostraron que erenumab reduce o número de días de dor de cabeza no mes.

Os efectos adversos notificados con erenumab tiveron unha intensidade leve ou moderada, e consisten en reaccións no lugar de inxección (5,6%/4,5%), estreñimento (1,3%/3,2%), espasmos musculares (0,7%/2,0%) e prurito (1,0%/1,8%) para as doses de 70 mg/140 mg respectivamente. Menos dun 2% dos pacientes que participaron nos ensaios clínicos abandonaron o tratamento debido a acontecementos adversos.

Son consciente de que aínda que esta medicación está autorizada para o tratamento da miña enfermidade pola Axencia Europea do Medicamento (EMA), aínda non está comercializada en España.

Son tamén coñecedor/a de que o fármaco pode ter algún efecto adverso non descrito anteriormente. Asumo a súa posible presentación a cambio dun posible beneficio para o tratamento da miña enfermidade.

O feito de recibir a medicación é voluntario e podo renunciar á súa administración no momento que eu estime adecuado.

Nome do paciente: .....	Nome do médico: .....
DNI/Pasaporte: .....	DNI/Pasaporte: .....
	Num. de colexiado: .....
Sinatura do paciente / representante e/ou titor Data:	Sinatura do médico Data:

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D. / D <sup>a</sup> : .....		
con DNI / Pasaporte nº .....		
D. / D <sup>a</sup> : .....		
con DNI / Pasaporte nº .....		
como representante e/ou titor do paciente		
REVOCO o consentimento prestado na día ..... de ..... de 2....., e non desexo proseguir o tratamento proposto, que dou por finalizado nesta data.		
Sinatura do paciente / representante e/ou titor Data:	Sinatura da testemuña Data:	Sinatura do médico Data:

