



A.S.L. BI
Azienda Sanitaria Locale
di Biella



A.S.L. VC
Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli



REGIONE PIEMONTE

ASL NO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA ASL BI - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA
ASL VCO - AZIENDA SANITARIA LOCALE VERBANO CUSIO OSSOLA ASL VC - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITA' "DI NOVARA

EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE **IN GRAVIDANZA** - INFORMAZIONI GENERALI

INFORMAZIONE AL PAZIENTE

Gentile Sig.ra,

In relazione alla sua gravidanza e alla diatesi trombotica di cui soffre, con la finalità di portare a termine la gestazione nel modo più sicuro possibile, è consigliabile intraprendere una terapia che prevede l'uso di **Eparine a basso peso molecolare (EBPM)**. Gli anticoagulanti attualmente in uso: warfarin, sintrom si sono dimostrati teratogeni e sia Fondaparinux che i nuovi Anticoagulanti orali non hanno ancora dimostrato la loro sicurezza in gravidanza. Da agosto 2016 **le EBPM** sono erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per la profilassi del tromboembolismo in gravidanza e puerperio nelle pazienti a rischio.

POSSIBILI RISCHI / COMPLICANZE

Nonostante l'altissimo livello di sicurezza raggiunto, il trattamento con eparine a basso peso molecolare, non è ancora del tutto privo di rischi di tipo emorragico o di natura allergica. Tra le complicanze possibili sono segnalati: la trombocitopenia (diminuzione del numero di piastrine) e osteoporosi. La trombocitopenia è una complicanza nota della terapia con eparina e può comparire da 4 a 10 giorni dopo l'inizio del trattamento, ma anche prima in caso di precedente trombocitopenia da eparina. Nel 10 al 20% dei pazienti può comparire precocemente una trombocitopenia lieve (conta piastrinica non inferiore a 100.000/mm³), che può restare stabile o regredire, anche se la somministrazione di eparina è continuata.

L'osteoporosi è una complicanza che si sviluppa dopo lunghi periodi (circa tre mesi) e deriva dall'attivazione degli osteoblasti.

POSSIBILI RISCHI AGGIUNTIVI

Il farmaco è confezionato in siringa pre-riempita: viene somministrato con iniezione sottocutanea con ago ipodermico per cui è possibile che compaia un piccolo ematoma in sede di iniezione.

REAZIONI AVVERSE:

(Reazioni Allergiche e Idiosincrasiche): Possono verificarsi: orticaria, prurito, eritema e dermatite bollosa.

Le chiediamo di segnalare sempre al Medico eventuali episodi allergici già noti e/o occasionali (a farmaci o di altro tipo) sofferti in precedenza.

RISCHIO INFETTIVO:

il farmaco è contenuto in siringhe monouso sterili; se si mantengono le comuni norme igieniche il rischio infettivo è nullo.

ALTERNATIVE

In casi clinici analoghi ai Suoi, attualmente, non esiste un'alternativa farmacologica altrettanto sicura a disposizione.

COME CI SI DEVE COMPORTARE

PRIMA DELLA TERAPIA:

- Legga attentamente le informazioni contenute nella presente modulistica: in caso di dubbi chieda chiarimenti al Medico che le ha proposto il trattamento.
- Segnali sempre al Medico Ospedaliero che La segue eventuali allergie sofferte in passato.

BIBLIOGRAFIA

- Eparine a basso peso molecolare: Schede tecniche
- Shannon M. Bates et al. Chest 2012;141:e691S-e736S



A.S.L. BI
Azienda Sanitaria Locale
di Biella



A.S.L. VC
Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE CREDITALE

REGIONE PIEMONTE

ASL NO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA ASL BI - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA
ASL VCO - AZIENDA SANITARIA LOCALE VERBANO CUSIO OSSOLA ASL VC - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VERCELLI
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITA' "DI NOVARA

TERAPIA CON EPARINA A BASSO PESO MOLECOLARE **IN GRAVIDANZA** DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

AOU ASL__ STRUTTURA /AMB _____

COGNOME e NOME della PAZIENTE _____

DATA e LUOGO di NASCITA _____

INDIRIZZO e LUOGO di RESIDENZA _____

- ✓ Confermo di aver letto e compreso il documento informativo per la paziente relativo al trattamento sopra riportato e aver avuto la possibilità di porre domande.
- ✓ Ho compreso che sottopormi a tale trattamento può comportare rischi, sia a breve che a lungo termine ed effetti collaterali. Mi è chiaro inoltre cosa comporta il non sottopormi al trattamento proposto.
- ✓ Sono stata informata della possibilità di revocare il mio consenso in qualunque momento.

IO SOTTOSCRITTA, NEL PIENO POSSESSO DELLE MIE FACOLTÀ,

(Siglare le caselle interessate)

ACCONSENTO / RIFIUTO

**di assumere Eparina a Basso Peso Molecolare durante la GRAVIDANZA e il PUERPERIO
secondo le posologie indicatemi dal mio Medico Curante**

FIRMA della PAZIENTE _____

[Solo se questi non sia in grado di firmare autonomamente]

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato/a il ___/___/___ a _____ ()

Residente in _____ () Via _____ N.° _____

Su nomina dell'Autorità Giudiziaria, in qualità di (barrare la voce interessata):

Tutore Amministratore di sostegno Curatore Speciale

FIRMA del LEGALE RAPPRESENTANTE _____

Ritengo che la mia paziente, con cui ho discusso questo consenso informato e a cui ho fornito tutte le spiegazioni e i chiarimenti richiesti, abbia ben compreso quanto esposto.

Luogo e data _____

Generalità del Medico (in stampatello) _____

Firma del Medico _____

In data odierna **REVOCO** il consenso precedentemente concesso.

Novara li _____ Firma Paziente/Legale Rappresentante _____