

# Nove smjernice za sistemsku intravensku trombolizu kod ishemiskog moždanog udara (AHA/ASA 2019. g.)

<u>Ime i prezime bolesnika</u>	<u>Datum rođenja bolesnika</u>	<u>Liječnik</u>	<u>Datum</u>

Vrijeme nastupa simptoma moždanog udara (MU):

Vrijeme administriranja alteplaze:

## KRITERIJI ZA UKLJUČENJE (INDIKACIJE):

- Dob - navršenih 18 godina
- Siguran početak simptoma unutar manje od 4.5 h \*
- Simptomi sukladni dijagnozi akutnog MU
- CT mozga koji isključuje intrakranijsko krvarenje
- NIHSS < 25 \*\*

**Jedini CT kriterij:**

**OPREZ** kod manifestnih hipodenziteta koji su  $>1/3$  volumena hemisfere

**NE TREBA** čekati lab nalaze (izuzev GUK-a) u osoba bez pozit. anamneze koagulopatije ili osoba koje sigurno nisu na terapiji varfarinom, ali liječenje se zaustavlja ako nalazi odstupaju od dozvoljenih vrijednosti (vidi kontraindikacije)

Krenuti s trombolizom **što je ranije moguće** jer je bolji ishod !!!

**Oprez** kod povisene temp., Oslerovih mrlja, šuma na srcu!

\* osim kod određenih grupa bolesnika – vidi tablicu 1

\*\* osim kod okluzije a. basilaris

## TABLICA 1

Trombolitička terapija se **UGLAVNOM NE PROVODI** ukoliko je prošlo  **$\geq 3$ h** od nastupa simptoma kod:

<b>Bolesnika s <math>\geq 80</math> godina</b>	<b>Bolesnika koji imaju u anamnezi MU i DM</b>	<b>Bolesnika koji uzimaju bilo koju vrstu oralne antikoagulantne terapije</b>	<b>Bolesnika čiji je NIHSS jednak ili viši od 25</b>
--	--	---	--

**I kod ove grupe bolesnika potrebna je individualna procjena koristi/rizika!**

## **KONTRAINDIKACIJE za trombolitičku terapiju:**

1. Koagulopatija ( $Tr < 100.000$ , APTV  $> 40$  sek, PV $>15$  sek, INR  $> 1.7$ )
2. Varfarinska koagulopatija (ako je INR  $>1.7$ )
3. Terapijska doza LMWH unutar posljednjih 24 h (ne i profilaktička)
4. Novi oralni antikoagulantni lijekovi (relativna kontraindikacija\*\*\*)
5. RR unatoč poduzetoj terapiji  $> 185/110$  mmHg
6. Abciximab (Reopro) ili Eptifibatid (Integrilin) u terapiji
7. Ranije intrakranijalno krvarenje ili poznati znakovi mikrokrvarenja
8. Znakovi/simptomi SAHa
9. Posttraumatski MU
10. Disekcija luka aorte
11. Poznata intrakranijska disekcija
12. Intraaksijalni intrakranijski tumor
13. Teška trauma glave ili spinalna teška trauma unutar 3 mj
14. Infektivni endokarditis
15. Gastrointestinalni/genitourinarni malignitet odnosno krvarenje unutar 3 tj
16. Sistemski malignitet  $>6$  mj preživljenja (relativna kontraindikacija\*\*\*\*)
17. GUK  $<3.3$  ili  $>22$  mmol/L – potrebno korigirati!
18. Intrakranijska operacija unutar 3 mj (relativna kontraindikacija)
19. Varikoziteti jednjaka/teška bolest jetre (relativna kontraindikacija)
20. Dvojna antiagregacijska terapija (relativna kontraindikacija)  
–monoterapija antiagregacijskim lijekovima NIJE kontraindikacija za trombolizu)
21. Moždani udar nepoznatog vremena nastanka / moždani udar po buđenju („awake stroke“) (relativna kontraindikacija, odnosno ukoliko neuroslikovnim tehnikama možemo dokazati postojanje penumbre (DWI/PWI „missmatch“) to nije kontraindikacija)
22. Nerupturirana i neliječena AVM (relativna kontraindikacija)
23. Blagi MU -NIHSS 0-5 (relativna kontraindikacija, individualna procjena rizika i koristi liječenja)
24. Veći operativni zahvat ili trauma (bez traume kranija) unutar 14 d (relativna kontraindikacija, individ. procjena)
25. Ranija DBT retinalna hemoragija (relativna kontraindikacija)
- \*\*\*26. Ishemijski MU unutar 3 mj (relativna kontraindikacija)

Tromboliza kod bolesnika na novim oralnim antikoagulantnim lijekovima može se provesti jedino ukoliko anamnistički i klinički podaci te laboratorijski testovi sigurno ukazuju na nepostojanje antikoagulantnog učinka, odnosno ukoliko je prošlo minimalno 2 puta više vremena od poznatog vremena poluživota dotičnog NOAKa kod bolesnika s urednom bubrežnom funkcijom.

Kod bolesnika na dabigatranu postoji mogućnost primjene antidota nakon čega je dozvoljena trombolitička terapija odnosno jedan ili više laboratorijskih parametara moraju biti uredni: TV, ECT, APTV. Sam nalaz urednog APTVa nije dovoljan za sigurnu potvrdu nepostojanja antikoagulantnog učinka.

Kod bolesnika na apikabanu ili rivaroxabanu trombolitička se terapija ne smije primijeniti osim ukoliko ne postoje pouzdani podaci da lijek nije uzet najmanje 24 sati ili ukoliko laboratorijski testovi aktivnosti faktora X nedvojbeno ne ukazuju da nema rezidualnog antikoagulantnog učinka.

\*\*\*\*

Individualna procjena kod očekivanog preživljenja  $>6$  mj uz uvjet da nema poremećaj koagulacije, sistemskog krvarenja ili recentne operacije

## Tromboliza se **MOŽE** provesti kod:

1. Bolesnika sa znakovima kronične cerebrovaskularne bolesti
2. Bolesnika s intrakranijskom aneurizmom promjera manjeg od 10mm
3. Trudnica (uz objašnjenje o riziku te poštivanje principa „prvo majka onda dijete“) i žena u ranom postpartalnom razdoblju (unutar 14 dana)
4. bolesnika s brzim oporavkom neurološkog deficit-a, ali još uvijek zaostalim deficitom izraženim u NIHSS ljestvici  
**-kod NIHSS 0-5 potrebna je individualna procjena rizika i koristi liječenja**
5. Bolesnika kod kojih je bolest započela epileptičkom atakom koja dokazano nije uzrok nastupilog neurološkog deficit-a (MR mozga!)
6. Bolesnika s postproceduralnim akutnim ishemiskim MU
7. Bolesnika koji boluju od bolesti srpastih stanica ili imaju dokazanu malignu bolest pri čemu je preživljjenje duže od 6 mj
8. Bolesnika koji su na hemodijalizi (ukoliko je APTV uredan)
9. Bolesnika koji su u početnom stadiju demencije
- 10.Bolesnika kod kojih je rađena lumbalna punkcija
- 11.Bolesnika koji istovremeno dožive i infarkt miokarda (IM) – pri čemu se u prvom aktu liječenja daje trombolitička terapija
- 12.Bolesnika s ranijim IM-unutar 3 mj (NSTEMI, STEMI inferiore i desne klijetke)  
**-može i STEMI lijeve klijetke, ali OPREZ unutar 7 dana (relativna kontraindikacija)\***
- 13.Bolesnika s akutnim perikarditisom ili intrakardijalnim masama, odnosno intrakardijalnim miksom ili papilarnim fibroelastomom – uz konzultaciju kardiologa
- 14.Bolesnika nakon punkcije veće arterije nakon 7 dana od punkcije
- 15.Bolesnica koje imaju menstruaciju, uz upozorenje na moguće jače krvarenje
- 16.Bolesnika s ekstrakranijskom disekcijom
- 17.Ovisnika
- 18.**Bolesnika sa značajnim preegzistirajućim bolestima čiji mRS nije veći od 2 (ako je veći od 2 onda individualno procijenti -uzeti u obzir kvalitetu života, suport društva i obitelji, potrebu za njegovateljem, ciljeve i preferencije obitelji)**

\*individualna procjena i konzultacija kardiologa (Marto et al. Stroke 2019)

<b>Korekcija povišenog krvnog tlaka</b>	sRR >185 i ili dRR 110 mmHg, u ponavljanim mjeranjima	urapidil (Ebrantil) 25 mg i.v. bolus, nakon 3-5 min. izmjeriti RR pa još 25 mg. Ako ga je nakon 5 min i dalje potrebno davati: 4-30 mg/h i.v. Kontraindikacije: aortalna stenoza, rana trudnoća. enalapril (Enap) – 1,25 mg (1ml) svakih 6 h
	dRR > 140 mmHg	Na-nitroprusid 0,3 µg/kg/min i.v. uz stalni nadzor RR: 1 ml/h pa se svakih 3-5 minuta podvostručuje do maksimalne doze 11 µg/kg/min (40 ml/h za osobu od 70 kg). Kontraindikacije: metabolička acidozna, fibrilacija atrija, hipotireoza

<b>Postupak s bolesnikom nakon trombolize</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> smještaj u NRL Jedinicu intenzivnog liječenja zbog 24-satnog monitoriranja</li> <li><input type="checkbox"/> neurološki status (i NIHSS) nakon sat vremena te svakih 8 sati tijekom prva 24 sata</li> <li><input type="checkbox"/> krvni tlak svakih 15 min tijekom prva 2 sata, potom svakih 30 min slijedećih 6 sati pa svakih sat vremena do isteka 24 sata</li> <li><input type="checkbox"/> održavati RR&lt;180/105 mmHg sljedećih 24h</li> <li><input type="checkbox"/> pulsnii oksimetar; kisik na kanilu ili masku pp s ciljem saturacije <math>O_2 &gt; 94\%</math></li> <li><input type="checkbox"/> prvih 24 sata bez antiagregacijskih ili antikoagulacijskih lijekova</li> <li><input type="checkbox"/> nazogastričnu sondu i urinarni kateter postavlja se samo u slučaju krajnje nužde</li> <li><input type="checkbox"/> u slučaju pogoršanja neurološkog statusa, pojave glavobolje ili akutnog porasta krvnog tlaka prekida se infuzija rtPA i odmah izvodi hitan CT mozga</li> </ul>
---	--

## INTRAAARTERIJSKA TROMBOLIZA

**Prednja cirkulacija – okluzija dostupne krvne žile – do 6h od nastupa simptomatologije**

**Stražnja cirkulacija – okluzija dostupne krvne žile – do 24h od nastupa simptomatologije uz neuroradiološki dokaz postojanja penumbre**

*Intraarterijska tromboliza može se provesti i kod bolesnika koji su na dabigatranu nakon primjene antidota (IDARUCIZUMAB) te kod bolesnika koji su na terapiji varfarinom ukoliko je INR <1.7*

# MEHANIČKA TROMBEKTOMIJA

**Indikacije:**

**Dob > 18 god**

**Okluzija velike krvne žile (ACI, ACM M1 i M2)**

**Premorbidni mRS 0-1**

**NIHSS  $\geq$  6**

**+**

**do 6 sati proteklo od početka simptomatologije**

**(značajna korist za bolesnika)**

**Okluzija ACM (M3), ACA, ACP, VA, BA**

**i/ili Premorbidni mRS >1**

**i/ili ASPECT score <6**

**i/ili NIHSS <6**

**(individualna procjena, moguća korist za bolesnika)**

**Trombektomija okludirane velike krvne žile (proksimalna okluzija)**

**nakon više od 6 h (8-24h) – uz jednu od mogućnosti neuroslikovnog**

**prikaza postojanja penumbre**

**(moguća korist za bolesnika)**

**Antikoagulantna terapija, bez obzira na laboratorijske parametre, nije kontraindikacija za trombektomiju.**

**Kontraindikacije za trombolitičku terapiju NISU apsolutna kontraindikacija za trombektomiju te se razmatraju individualno!**

# National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

## 1a. Stanje svijesti

Budan, potpuno surađuje	<input type="checkbox"/> 0
Somnolentan, ali na manji podražaj odgovara ili se pomiče	<input type="checkbox"/> 1
Soporozan, tek na ponovljenu stimulaciju reagira, ili je somnolentan i pomiče udove tek na bolnu stimulaciju (bez stereotipija)	<input type="checkbox"/> 2
Koma, odgovara samo motoričkim ili vegetativnim refleksima, ili uopće ne odgovara, flakcidan, areflektičan	<input type="checkbox"/> 3

## 1b. Pitanja uz stanje svijesti

koji je mjesec, ime bolesnika?	
Na oba pitanja daje točan odgovor	<input type="checkbox"/> 0
Na jedno pitanje daje točan odgovor	<input type="checkbox"/> 1
Niti na jedno pitanje ne odgovara točno	<input type="checkbox"/> 2

## 1c. Nalozi uz stanje svijesti

otvoriti i zatvoriti oči, stisnuti i otpustiti šaku neparetične ruke, ev. pantomima	
Oba nalog pravilno izvršava	<input type="checkbox"/> 0
Jedan nalog pravilno izvršava	<input type="checkbox"/> 1
Niti jedan nalog ne izvršava pravilno	<input type="checkbox"/> 2

## 2. Pokreti očiju

Pogledom slijedi prst ispitivača	<input type="checkbox"/> 0
Uredno	<input type="checkbox"/> 0
Parcijalna pareza pogleda. Ocjena se daje kada postoji poremećaj u jednom ili oba oka, ali nema devijacije pogleda niti potpune pareze pogleda	<input type="checkbox"/> 1
Forsirana devijacija pogleda ili potpuna pareza pogleda koju se ne može nadvladati okulocefaličkim manevrom	<input type="checkbox"/> 2

## 3. Vidno polje

Konfrontacijom ili brojanjem prstiju	
Vidno polje uredno	<input type="checkbox"/> 0
Parcijalna hemianopsija	<input type="checkbox"/> 1
Kompletna hemianopsija	<input type="checkbox"/> 2

Bilateralna hemianopsija (uključujući kortikalnu sljepoću)

<input type="checkbox"/> 3
----------------------------

## 4. Facijalna pareza

Pokazati zube, zatvoriti oči, nabrati čelo	<input type="checkbox"/> 0
Uredni, simetrični pokreti	<input type="checkbox"/> 0
Blaga pareza (izravnata nazolabijalna brazda, asimetrija kod smijanja)	<input type="checkbox"/> 1
Parcijalna paraliza (potpuna ili gotovo potpuna paraliza donjeg dijela lica)	<input type="checkbox"/> 2
Potpuna paraliza jedne ili obje strane (odsutnost pokreta gornjeg i donjeg dijela lica)	<input type="checkbox"/> 3

## 5. Motorika ruku

L D

Ruke postavlja pod 45 stupnjeva	
Nema pronacije, ud održava 10 s pod 45 (90) stupnjeva	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
Pronacija, ud održava kraće od 10 s pod 45 (90) stupnjeva, ne spušta ga na podlogu (krevet)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
Postoji otpor gravitaciji, ruka pada na krevet prije isteka 10 s spušta na podlogu (krevet)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2
Nema otpora gravitaciji, vidljiva kontrakcija	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3
Nema pokreta	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4
Amputacija, kontraktura zgloba, objasni:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0

## 6. Motorika nogu

L D

Noge postavlja pod 30 stupnjeva	
Ne tone, ud održava 5 s pod 30 stupnjeva	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
Tone, nogu se prije isteka 5 s spušta, ali ne pada na krevet	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
Postoji otpor gravitaciji, nogu pada na krevet prije isteka 5 s	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2
Nema otpora gravitaciji, nogu pada	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3
Nema pokreta	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4
Amputacija, kontraktura zgloba, objasni:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0

Bodova 0-12

Bodova 0-19

## 7. Ataksija udova

Pokus prst-nos i peta-koljeno	<input type="checkbox"/>
uredno izvodi	<input checked="" type="checkbox"/>
ataksija jednog uda	<input type="checkbox"/>
ataksija dva uda	<input type="checkbox"/>

## 9. Govor

Opis priložene slike, čitanje rečenica  
Nema afazije, uredan

Blaga do umjerena afazija; postoji gubitak fluentnosti ili oštećeno razumijevanje bez značajnog ograničenja ideja ili forme izražaja. Redukcija govora i/ili razumijevanja čini otežanom ili nemogućom raspravu o prikazanim testnim materijalima. Npr. u razgovoru o prikazanim materijalima ispitičač može identificirati sliku prema opisu.  1

Teška afazija; cijela se komunikacija odvija u izražajnim fragmentima, potreban je značajan angažman ispitičača u interpretaciji, potpitnjima. Ograničen je opseg informacija koje se razmjenjuje, ispitičač veći dio komunikacije. Iz bolesnikovog odgovora ne razaznaju se dijelovi prikazanih testnih materijala.  2

Nijem, globalna afazija; nema smislene produkcije ili razumijevanja govora  3

## 10. Disartrija

Čitanje liste riječi  
Uredno

Blaga do srednje teška; bolesnik se plete jezik pri izgovoru bar ponekih riječi, u najgorem slučaju razumije ga se uz napor.  1

Teška; bolesnikov govor je nerazumljiv u odsutnosti ili neproporcionalno afaziji, ili je bolesnik anartričan, nijem  2

## 8. Osjet

Ubod, bolni podražaj na rukama, nogama, tijelu, licu	<input type="checkbox"/>
Uredno; nema gubitka osjeta	<input checked="" type="checkbox"/>
Blagi do umjereni gubitak osjeta; bolesnik osjeća ubode kao manje oštре ili tuge; ili postoji gubitak površinskog osjeta, ali je bolesnik svjestan dodira igle	<input type="checkbox"/> 1
Težak ili potpun gubitak osjeta; bolesnik nije svestan dodira na ruci, licu i nozi	<input type="checkbox"/> 2

## 11. Ekstinkcija i nepažnja (prije "neglect")

Na temelju prethodnih ispitivanja  
Nema poremećaja

Vidna, taktilna, slušna, prostorna ili personalna nepažnja ili ekstinkcija na bilateralnu simultanu stimulaciju jednom od kvaliteta osjeta  1

Teška nepažnja za polovicu tijela ili nepažnja za više od jedne kvalitete osjeta. Ne prepozna svoju ruku ili se orijentira samo u jednoj polovici prostora  2

Bodova 0-4

Bodova 0-7

Ukupno bodova 0-42

## Doziranje rtPA:

Doza iznosi 0,9 mg/kg (maksimalno 90 mg)

Davanje lijeka – 10% kao bolus unutar 1 min, ostatak kroz 60 min

TABLICA DOZIRANJA

Masa bolesnika (kg)	Ukupna doza (mg/ml)	Bolus (mg/ml)	Doza u infuziji (mg/ml)
100 i više	90	9	81
95	85.5	8.6	77.0
90	81	8.1	72.9
85	76.5	7.7	68.9
80	72	7.2	64.8
75	67.5	6.8	60.8
70	63	6.3	56.7
65	58.5	5.9	52.7
60	54	5.4	48.6
55	49.5	5	44.6
50	45	4.5	40.5

## **TENEKTEPLAZA KAO ALTERNATIVA:**

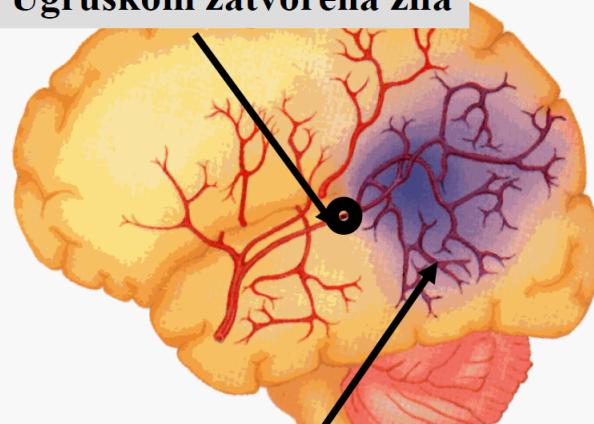
- isti kriteriji kao i za alteplazu
- daje se kao jednokratna iv. bolus doza (0.25 mg/kg, maks. 25 mg)
- u jednokratnoj iv. bolus dozi od 0.4 mg/kg nije inferiorna niti superiorna u odnosu na alteplazu - može doći u obzir kao alternativa kod "malih" MU, ali ne i kod okluzije većih segmenata krvnih žila

## Obavijest za bolesnike i suglasnost bolesnika ili obitelji

Kod Vas (odnosno kod člana Vaše obitelji) razvija se **moždani udar**. Moždanim udarom nazivamo nagli ispad (poput udara) određenih moždanih funkcija. Osnova je u većini slučajeva smanjeni protok ili nagli prekid protoka krvi kroz mozak. Najčešće je uzrok ovapnjeneje (**ateroskleroza**) krvnih žila mozga ili začepljenje krvne žile ugruškom koji je došao iz udaljenog mjesta (**embolija** odnosno tromboza, *vidi sliku*). Nakon učinjene obrade kojom se dokazuje ova dijagnoza, liječnik koji Vas vodi mišljenja je da bi trebalo pokušati otopiti ovaj ugrušak (takozvana „**tromboliza**“).

### Ugruškom zatvorena žila

Cilj ove terapije je poboljšati dotok krvi do oštećenih moždanih stanica. Osnovne prednosti ovakvog liječenja su smanjivanje teške invalidnosti i neurološkog oštećenja. Vjerovatnost da će Vi (odnosno član Vaše obitelji) proći bolje zbog primjene ove terapije iznosi oko 30%. Pri liječenju postoji opasnost nastanka krvarenja u organizmu (npr. želucu) kao i u mozgu (izljev krvi u mozak). Ta je opasnost 6-10 puta veća nego kod uobičajenog načina liječenja moždanog udara.



### Odumiranje moždanih stanica zbog nedovoljnog protoka krvi (=moždani udar)

Ukoliko dođe do izljeva krvi u mozak, može nastati pogoršanje stanja bolesnika, potreba za neurokirurškim operativnim zahvatom, teže posljedice (veći stupanj invalidnosti) pa sve do porasta tlaka u lubanjskoj šupljini s posljedičnim smrtnim ishodom.

Ja/mi smo detaljno upućeni u planirano liječenje te u potpunosti razumijem/razumijemo prednosti i mogućnost nastanka komplikacija pri ovakvom liječenju.

Datum

Potpis bolesnika/člana obitelji

\_\_\_\_\_  
Potpis liječnika

## Obavijest za bolesnika – rekanalizacijska terapija (ia tromboliza, trombektomija)

Poštovani,

Temeljem naše učinjene obrade ustanovili smo da ste doživjeli moždani udar koji je nastao kao posljedica začepljenja velike moždane krvne žile. Posljedica ovog stanja je u pravilu veliko oštećenje moždanog tkiva koje ta krvna žila opskrbljuje krvlju, te veći ili manji stupanj doživotnog invaliditeta koji može ozbiljno ugroziti kvalitetu Vašeg budućeg života. Također, kod ovog oblika moždanog udara, u slučaju da se ne liječi uzročno – to jest otvaranjem začepljenje krvne žile – mortalitet (smrtnost) je i do 30%.

Današnja rutinska metoda liječenja ovog stanja je trombektomija, odnosno vađenje ugruška iz začepljene krvne žile. Taj se ugrušak može rastopiti na samom mjestu začepljenja (davanjem lijeka koji ima sposobnosti otapanja izravno u ugrušaku) ili se može mehanički izvaditi primjenom posebnih uređaja (katetera koji mogu „uhvatiti“ i izvući ugrušak ili primjenom aspiracijske tehnike, tj. „usisavanja“ ugruška). Na koji god od navedenih načina – cilj je potpuno otvaranje krvne žile, osiguravanje njezine prohodnosti, te zahvaljujući navedenom, osiguranje opskrbe krvlju područja mozga za koji je navedena krvna žila odgovorna. Samo otvaranje krvne žile ne jamči da će se dotično područje mozga u potpunosti oporaviti, ali je jedini preduvjet da do toga uopće može doći. Metoda se danas primjenjuje u svim specijaliziranim centrima za liječenje moždanog udara te se ubraja u uobičajene načine liječenja ovog oblika moždanog udara. Vjerljivost da se u potpunosti oporavite od ovog moždanog udara, odnosno da budete potpuno sposobni za samostalan život nakon trombektomije je 8-10 puta veća od vjerljivosti da se to dogodi klasičnim metodama liječenja, odnosno svaki drugi do treći bolesnik ima šansu za potpuni oporavak.

Rizici liječenja navedenom metodom su slijedeći:

1. Trombektomija je invazivna metoda i zahtijeva punkciju velike krvne žile (femoralna arterija) što može izazvati bol na mjestu uboda, potkožno krvarenje (hematom) na mjestu uboda, ili krvarenje iz arterije u okolno tkivo (ozbiljna komplikacija). Rizik navedenih komplikacija je manji od 1%
2. Metoda se u pravilu izvodi u analgeziji, ali u pojedinim situacijama može se ukazati i potreba za općom anestezijom i mogućim komplikacijama (intubacija, primjena specifičnih lijekova)
3. Vađenje tromba može dovesti do rupture (pucanja) liječene krvne žile što posljedično izaziva i krvarenje u mozak ili do njezinog ponovnog začepljenja (tromboze). Također u rijetkim slučajevima sam pokušaj može biti neuspješan. Rizik ozbiljnih (navedenih) komplikacija je između 4 i 7%, dok je postotak neuspješnih trombektomija između 20 i 25%.

Za sva dodatna pitanja molimo Vas da se posavjetujete sa neurologom – intenzivistom, odnosno interventnim neuroradiologom (timom koji će Vas zbrinuti tijekom zahvata te isti i izvesti)

Razumio sam prednosti i rizike trombektomije te sam suglasan sa navedenim zahvatom

Bolesnik \_\_\_\_\_

Liječnik \_\_\_\_\_

Uži član obitelji \_\_\_\_\_

Mjesto i datum:\_\_\_\_\_