

Az. Osp. – Univ. Pisana	MODULO DI REGISTRAZIONE CHECK LIST TROMBOLISI ENDOVENOSA	T01/PA68 Rev.00 del 21/07/2022 Pag. 1 di 3
------------------------------------	---	--

PAZIENTE	DATA DI NASCITA
DATA E ORA VISITA NEUROLOGICA	NIHSS (PUNTEGGIO)

CRITERI DI INCLUSIONE (SI a tutte le risposte per poter intraprendere il trattamento)	
Età ≥ 18anni	SI NO
Diagnosi clinica di ictus (deficit focale insorto acutamente)	SI NO
Deficit neurologico misurabile ¹	SI NO
Trattamento iniziabile entro 4.5 ore dall' "ultima volta visto sano" <i>ovvero</i> Trattamento iniziabile tra 4.5 e 9 ore dall'esordio dei sintomi (incluso l'ictus non databile e l'ictus al risveglio con midpoint < 9 ore) con quantificazione del mismatch mediante TCP o RM secondo i criteri EXTEND ²	SI NO
¹ Per il deficit neurologico lieve o con rapido miglioramento dei sintomi (30 min), è raccomandato il trattamento con evrt-PA in pazienti con NIHSS ≤5. Il rapido miglioramento dovrebbe essere considerato come criterio di esclusione solo quando conduce ad una completa remissione clinica. Il rapido miglioramento dei sintomi non rappresenta una controindicazione assoluta specie in caso di occlusione dei grossi vasi intracranici.	
² In caso di ictus non databile e/o al risveglio, l'esordio teorico va calcolato come midpoint tra l'ultima volta visto sano ed il risveglio/momento in cui il paziente viene osservato	

CRITERI DI ESCLUSIONE ASSOLUTI (NO a tutte le risposte per poter intraprendere il trattamento anche se non possibile acquisire consenso informato)	
TC cranio con segni di emorragia in atto	SI NO
Sospetto clinico di ESA, anche con TC cranio normale	SI NO
Recente o corrente grave sanguinamento cerebrale o sistemico	SI NO
Storia di possibile o probabile angiopatia amiloide cerebrale	SI NO
Iperensione arteriosa non controllabile in ripetute misurazioni e/o dopo almeno 2 tentativi farmacologici al momento del trattamento (PAS > 185 o PAD >110 mmHg)	SI NO
Diatesi emorragica nota. Piastrine < 100.000/mm ³ . Uso di anticoagulanti orali indiretti con INR >1.7 o anticoagulanti diretti in uso corrente nelle ultime 24 ore (fatta eccezione per Dabigatran, dopo somministrazione di Idarucizumab) e/o creatinina sopra il range di normalità. Uso di eparina endovenosa entro le 48 ore con aptt elevato o uso di eparina sottocute a dosaggio anticoagulante entro le 48 ore precedenti.	SI NO
Glicemia <50 mg/dl non normalizzabile o >400 mg/dl non correggibile a valori inferiori a 200 mg/dl prima dell'inizio del trattamento	SI NO
Ulcera gastroduodenale attiva (documentata < 3 mesi) o altre patologie d'organo note ad elevato rischio di sanguinamento grave (es. varici esofagee, epatopatia grave, pancreatite acuta, endocardite batterica, pericardite, neoplasia ad alto rischio di sanguinamento grave).	SI NO
Nota o sospetta dissecazione dell'arco aortico	SI NO
Gravi malformazioni vascolari cerebrali (Malformazione artero-venosa, fistola artero-venosa durale)	SI NO
Parto recente (<30 giorni). Massaggio cardiaco esterno (<10 giorni). Recente (<10 giorni) puntura di un vaso arterioso o venoso (es. vena succlavia o giugulare) in sede non comprimibile.	SI NO
Retinopatia emorragica nota con evidenza di deficit visivo clinicamente correlato	SI NO

Az. Osp. – Univ. Pisana	MODULO DI REGISTRAZIONE CHECK LIST TROMBOLISI ENDOVENOSA	T01/PA68 Rev.00 del 21/07/2022 Pag. 2 di 3
------------------------------------	---	--

CRITERI DI ESCLUSIONE RELATIVI (NOTA A)	
<i>(NO a tutte le risposte per poter intraprendere il trattamento senza consenso; in caso di SI si può intraprendere il trattamento previo consenso oppure, se consenso non acquisibile ed in assenza di volontà contraria, è possibile procedere per stato di necessità)</i>	
Crisi epilettica all'esordio	SI NO
Recente (<6 settimane) infarto cardiaco STEMI	SI NO
Infarto miocardico acuto concomitante	SI NO
Recente (<3 mesi) ictus ischemico maggiore (con esito non lacunare alla TC)	SI NO
Pregressa emorragia intracranica (parenchimale o subaracnoidea) non correlata ad angiopatia amiloide cerebrale	SI NO
Recente (≤ 3 mesi) intervento neurochirurgico cerebrale o midollare	SI NO
Recente (≤ 3 mesi) trauma cranico grave	SI NO
Recente (≤ 3 mesi) intervento chirurgico maggiore o trauma maggiore extra-cranici	SI NO
Neoplasia intra-assiale maligna	SI NO
Neoplasia extra-cranica solida primitiva e/o metastatica attiva	SI NO
Aneurisma cerebrale non rotto	SI NO
Angioma cavernoso noto o di riscontro incidentale	SI NO
Gravidanza nota	SI NO
Mestruazione in atto	SI NO
Uso di eparina sottocute a dose profilattica	SI NO
Rilevante disabilità (mRS > 2) pre-esistente (incluso pazienti con demenza)	SI NO
<p>In tutti i pazienti con almeno un criterio di esclusione relativo, la decisione al trattamento deve essere valutata caso per caso considerando l'aspettativa di vita, la storia clinico-anamnestica, le comorbidità (inclusa la demenza), l'autonomia prima dell'ictus (es. mRS > 2), l'età del paziente (maggior rischio emorragico nei pazienti anziani), il quadro neuroradiologico (ad esempio segni marcati di malattia dei piccoli vasi ed esiti ischemici recenti), la potenziale gravità del nuovo evento ischemico ed ogni possibile ulteriore variabile. Qualora si decida di eseguire il trattamento fibrinolitico sistemico andrà acquisito il consenso informato.</p>	

IL NEUROLOGO

Nota A

(vedi “Criteri di esclusione relativi” per trombolisi)

- Crisi epilettica all’esordio: il trattamento è indicato se si ritiene che la crisi epilettica possa essere la manifestazione di esordio di un ictus ischemico (al riguardo, può essere utile avvalersi di metodiche che documentino una possibile occlusione vascolare)
- Recente (< 6 settimane) infarto cardiaco STEMI: la decisione al trattamento deve essere valutata caso per caso confrontandosi con cardiologo per il possibile rischio di emopericardio (che è comunque molto basso in generale)
- Infarto miocardico acuto concomitante: il trattamento con actilyse seguito da angioplastica e stenting coronarico per via percutanea se indicati, è fattibile in quanto non diminuisce il beneficio dell’angioplastica coronarica percutanea e dello stenting.
- Recente (<3 mesi) ictus ischemico maggiore (con esito non lacunare alla TC): la decisione al trattamento deve essere valutata caso per caso considerando: la dimensione e il tempo intercorso dal precedente ictus, l’età del paziente (maggior rischio emorragico nei pazienti anziani), la potenziale gravità del nuovo evento ischemico
- Pregressa emorragia intracranica (parenchimale o subaracnoidea) non correlata ad angiopatia amiloide: pur esistendo dati limitati, il trattamento non sembra aumentare il rischio di emorragia cerebrale o di peggior esito clinico.
- Recente (< 3 mesi) intervento chirurgico maggiore o recente (< 3 mesi) trauma maggiore: il rapporto rischio/beneficio della trombolisi deve essere valutato caso per caso, specie in caso di eventi molto recenti (< 14 giorni) poiché il rischio di sanguinamento è più elevato rispetto ad eventi meno recenti (14 giorni – 3 mesi)
- Neoplasia intra-assiale maligna: il trattamento è fattibile, ma vanno tenuti in considerazione fattori rilevanti, tra cui l’aspettativa di vita legata al tumore, il grado di autonomia prima dell’ictus, la prognosi in assenza del trattamento, il sostegno sociale e le preferenze dei pazienti e delle famiglie.
- Neoplasia extra-cranica solida primitiva e/o metastatica attiva: si tratta di pazienti ad aumentato rischio di mortalità, mentre non è univoco se il rischio di emorragia cerebrale sintomatica sia aumentato; fattori rilevanti, tra cui l’aspettativa di vita legata al tumore, il grado di autonomia prima dell’ictus, la prognosi in assenza del trattamento, il sostegno sociale e le preferenze dei pazienti e delle famiglie, hanno un peso nella decisione terapeutica.
- Aneurisma cerebrale non rotto o angioma cavernoso cerebrale incidentale: pur basandosi su evidenze limitate, il trattamento è suggerito poiché non sembra aumentare il rischio di emorragia cerebrale sintomatica
- Gravidanza nota: actilyse non attraversa la barriera emato-placentare, pertanto non ha effetto teratogeno; tuttavia, agendo sui vasi placentari potrebbe determinare aborto prematuro, distacco di placenta o morte fetale.
- Mestruazione in atto: non rappresenta una controindicazione, sebbene la paziente possa necessitare di emotrasfusione
- Uso di eparina sottocute a dose profilattica: il trattamento deve essere valutato caso per caso per il possibile aumentato rischio di emorragia cerebrale sintomatica e di esito sfavorevole a causa delle frequenti gravi comorbidità associate
- Rilevante disabilità (mRS > 2) pre-esistente (incluso pazienti con demenza): il trattamento non comporta un incremento del rischio emorragico e di esito clinico sfavorevole rispetto a pazienti senza pre-esistente grave disabilità (incluso la demenza), ma fattori rilevanti come l’aspettativa di vita legata alla condizione, il grado di autonomia prima dell’ictus, la prognosi in assenza del trattamento, il sostegno sociale e le preferenze dei pazienti e delle famiglie, hanno un peso nella decisione terapeutica.