**Minirin® (Desmopressin)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung festgestellt, die bei Operationen oder Verletzungen zu vermehrten Blutungen führen kann. Bei den vielen Personen mit dieser Blutgerinnungsstörung können diese Blutungen mit Minirin® verhindert oder gestillt werden. In einigen Fällen sprechen die Patienten auf das Medikament nicht oder nicht ausreichend an. Deshalb muss eine Testung erfolgen.

Hierbei wird Ihnen Minirin® entweder subkutan (unter die Bauchhaut, wie bei einer Thrombosespritze) oder als Kurzinfusion über 20 bis 30 Minuten verabreicht. In den Blutproben, die vor der Verabreichung und zirka 2 Stunden später entnommen werden, können wir erkennen, ob Sie auf das Medikament ansprechen.

Minirin® wird seit Jahrzehnten erfolgreich eingesetzt. Es ist für den Einsatz bei leichtem von Willebrand-Syndrom und leichter bis mittelschwerer Hämophilie A zugelassen, noch nicht jedoch für leichte Störungen der Thrombozytenfunktion (Thrombozytopathie). In letzterem Fall müssen wir Sie trotz häufigem Einsatz seit Jahrzehnten darauf hinweisen, dass auch bisher nicht bekannte Risiken und Nebenwirkungen auftreten können.

Die bekannten Risiken sind Hitzegefühl und Rötung im Gesicht und vorübergehende Änderungen der Pulsfrequenz und des Blutdrucks. Auch Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Bauchkrämpfe und Allergien können auftreten.

Die folgenden Nebenwirkungen treten praktisch nur dann auf, wenn das Medikament wiederholt und/oder in hoher Dosierung eingesetzt wird, was wir vermeiden: Überwässerung, Gewichtszunahme, Hyponatriämie und in schweren Fällen Krämpfe, teilweise verbunden mit Bewusstseinseinschränkung bis hin zu längerdauernder Bewusstlosigkeit. Angina pectoris bei Patienten mit Herzkranzgefäßerkrankungen.

Bei Ihnen halten wir die Behandlung mit Minirin® gegebenenfalls für notwendig, wenn der Nutzen die Risiken überwiegt.

Ich habe obige Information gelesen und bin mit der Anwendung von Minirin® einverstanden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname Ort, Datum, Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift aufklärender Arzt