

Treść wytycznej SChN PTN 2024	Jakość dowodu	Poziom zalecenia
ZALECENIA OGÓLNE		
Dożylne leczenie trombolityczne przy pomocy tenekteplazy lub alteplazy powinno być zastosowane u każdego pacjenta spełniającego kryteria kwalifikacji, w sytuacjach niejednoznacznych posługując się opisanymi poniżej wskazówkami.	Wysoka	Silny
Podstawowym wskazaniem do dożylnego leczenia trombolitycznego tenekteplazą lub alteplazą jest rozpoznanie ostrego udaru niedokrwienego mózgu jako głównej przyczyny stwierdzanych zaburzeń neurologicznych.	Wysoka	Silny
Istnieje silna negatywna zależność pomiędzy czasem, jaki upłynął od momentu zachorowania a skutecznością kliniczną alteplazy. Zaleca się dążenie do maksymalnego skrócenia czasu pomiędzy wystąpieniem objawów a rozpoczęciem dożylnego leczenia trombolitycznego.	Wysoka	Silny
W oknie terapeutycznym do 4,5 godz. od czasu, kiedy pacjent był widziany po raz ostatni zdrowy należy dążyć stosowania tenekteplazy zamiast alteplazy by zwiększyć szanse na utrzymanie pełnej sprawności i lepszy ogólny efekt funkcjonalny.	Wysoka	Silny
Ilość danych dotyczących zastosowania tenekteplazy w sytuacjach szczególnych jest znacząco mniejsza niż dla alteplazy. Dlatego nie jest możliwe sformułowanie jednoznacznych szczegółowych rekomendacji dotyczących przeciwwskazań do leczenia.	-	-
Z uwagi na (i) identyczny mechanizm działania tenekteplazy i alteplazy oraz (ii) wyższą efektywność i bezpieczeństwo tenekteplazy nad alteplazę w oknie terapeutycznym <4,5 godz., eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugerują by w odniesieniu do tenekteplazy stosować kryteria wyłączające z leczenia przyjęte dla alteplazy.		Konsensus 12/12 ekspertów
Czas od przybycia pacjenta do szpitala do podania bolusa alteplazy lub tenekteplazy powinien być możliwie jak najkrótszy. Co najmniej połowa pacjentów powinna otrzymać leczenie w ciągu 45 min od dotarcia do szpitala (optymalnie w ciągu 30 min).	Bardzo niska	Silny
Zaleca się ograniczenie do minimum zakresu badań pracownianych i laboratoryjnych pozwalającego na podjęcie w danym przypadku decyzji terapeutycznej. Zwłaszcza jeżeli wykonanie tych badań (m.in. spoczynkowego	Średnia	Silny

EKG i dodatkowych badań obrazowych) wiązałoby się z istotnym wzrostem opóźnienia.		
Jedynymi badaniami laboratoryjnymi, których wyniki powinny być znane przed rozpoczęciem leczenia, są glikemia (u każdego pacjenta) oraz INR (u pacjenta z potwierdzonym lub możliwym przewlekłym stosowaniem antagonistów witaminy K w wywiadzie) lub aPTT (u pacjenta otrzymującego heparyny niefrakcjonowane). Oznaczenie glikemii i INR można wykonać za pomocą testów paskowych z krwi włośniczkowej.	Średnia	Silny
Należy pobrać próbki krwi do badania morfologii krwi, badań biochemicznych i oceny układu krzepnięcia. Jednak, o ile nie wymaga tego sytuacja, nie należy odraczać decyzji terapeutycznej do czasu uzyskania wyników.	Niska	Silny
Zaleca się rutynowe stosowanie dożylnego leczenia alteplazą lub tenekteplazą bez górnej granicy wieku.	Wysoka	Silny
DAWKOWANIE		
Alteplaza powinna być podawana dożylnie w dawce 0,9 mg/kg rzeczywistej lub ewentualnie szacunkowej masy ciała pacjenta (maksymalnie 90 mg). Dziesięć procent całkowitej dawki należy podać w szybkim wstrzyknięciu dożylnym, a pozostałe 90% w trwającym 60 min ciągłym wlewie dożylnym.	Wysoka	Silny
Tenekteplaza powinna być podawana dożylnie w dawce 0,25 mg/kg rzeczywistej lub ewentualnie szacunkowej masy ciała pacjenta (maksymalnie 25 mg), według przedziałów wagowych <60 kg: 15 mg, ≥60 do <70 kg: 17,5 mg, ≥70 do <80 kg: 20 mg, ≥80 do <90 kg: 22,5 mg, ≥90 kg: 25 mg. Całość dawki podaje się w trwającym około 5 sekund pojedynczym wstrzyknięciu.	Wysoka	Silny
CZAS TRWANIA OBJAWÓW UDARU MÓZGU		
Za czas zachorowania przyjmuje się moment wystąpienia objawów. Jeżeli nie jest on znany, za czas zachorowania należy przyjąć moment, kiedy pacjent po raz ostatni z całą pewnością był wolny od objawów.	Wysoka	Silny
Zaleca się leczenie alteplazą, jeżeli deficyt neurologiczny utrzymuje się ≥ 30 min.	Bardzo niska	Silny
Można rozważyć leczenie alteplazą w przypadku szybko ustępującego zespołu neurologicznego, o ile jego nasilenie w momencie rozpoczęcia trombolizy w ocenie lekarza lub pacjenta nadal stwarza zagrożenie niesprawnością.	Bardzo niska	Słaby

Nie należy odraczać decyzji terapeutycznej w oczekiwaniu na ewentualne dalsze ustępowanie objawów udaru mózgu.	Bardzo niska	Silny
Nie zaleca się leczenia alteplazą ani tenekteplazą, jeżeli objawy kliniczne silnie sugerują krwotok podpajęczynówkowy, nawet w przypadku niepotwierdzenia obecności krwi w badaniu TK lub RM głowy.	Bardzo niska	Silny
Zaleca się rutynowe stosowanie dożylnego leczenia tenekteplazą w ciągu pierwszych 4,5 godz. od wystąpienia objawów, tak szybko, jak to możliwe.	Wysoka	Silny
Zaleca się rutynowe stosowanie dożylnego leczenia alteplazą w ciągu pierwszych 3 godz. od wystąpienia objawów, tak szybko, jak to możliwe.	Wysoka	Silny
Pomimo niższej efektywności zaleca się również rutynowe stosowanie dożylnego leczenia alteplazą w oknie terapeutycznym 3,0–4,5 godz. od wystąpienia objawów, tak szybko, jak to możliwe	Średnia	Silny
U chorych ze znanym czasem zachorowania należy rozważyć leczenie alteplazą w oknie terapeutycznym 4,5-9 godz. Warunkiem koniecznym jest łączne spełnienie poniższych kryteriów: (i) uwidocznienia ogniska odwracalnego niedokrwienia >10ml, (ii) ogniska dokonanego niedokrwienia <70ml oraz (iii) niedopasowania definiowanego jako stosunek obszaru hypoperfuzji do dokonanego niedokrwienia >1,2 w badaniu perfuzji TK lub perfuzji/dyfuzji RM, optymalnie z zastosowaniem oprogramowania do automatycznej oceny neuroobrazowania.	Średnia	Silny
U chorych o niejasnym czasie zachorowania (zwłaszcza budzących się z objawami UM ze snu nocnego) należy rozważyć leczenie alteplazą ≤ 4,5 godz. od stwierdzenia objawów udaru. Warunkiem koniecznym spełnienie jednego z poniższych kryteriów: (i) stwierdzenie w RM mózgu odpowiedzialnego za objawy ogniska ograniczenia dyfuzji, któremu nie odpowiada wyraźnie hiperintensywny sygnał w sekwencji FLAIR lub (ii) uwidocznienie ogniska odwracalnego niedokrwienia >10ml, ogniska dokonanego niedokrwienia <70ml oraz niedopasowania definiowanego jako stosunek obszaru hypoperfuzji do dokonanego niedokrwienia >1,2 w badaniu perfuzji TK lub perfuzji/dyfuzji RM, optymalnie z zastosowaniem oprogramowania do automatycznej oceny neuroobrazowania.	Średnia	Silny
Nie zaleca się rutynowego stosowania dożylnego leczenia trombolitycznego przy pomocy tenekteplazy u pacjentów w oknie terapeutycznym 4,5-24 godz., w szczególności jeżeli planowana jest trombektomia mechaniczna	Średnia	Słaby

Jeżeli nie jest planowana trombektomia mechaniczna, eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugeruje rozważenie leczenia przy pomocy tenekteplazy w oknie terapeutycznym 4,5-24 godz., pod warunkiem łącznego spełnienia następujących kryteriów: (i) mRS 0-1 przed zachorowaniem, (ii) NIHSS ≥ 5 , (iii) niedrożność tętnicy środkowej mózgu w odcinku M1 lub M2, (iv) wykonanie badania perfuzyjnego ze wsparciem oprogramowania do postprocessing obrazowania, (v) objętość ogniska zwałowego < 70 ml, (vi) stosunek łącznej objętości hipoperfuzji do objętości ogniska zawałowego $\geq 1,8$, (vii) objętość odwracalnego niedokrwienia ≥ 15 ml.	-	Konsensus 12/12 ekspertów
DEFICYT NEUROLOGICZNY		
Zaleca się leczenie alteplazą lub tenekteplazą, jeżeli kliniczne objawy udaru mózgu w ocenie lekarza lub pacjenta zagrażają wystąpieniem niepełnosprawności istotnej z perspektywy dotychczasowego funkcjonowania pacjenta, niezależnie od liczby punktów w NIHSS.	Wysoka	Silny
Nie zaleca się leczenia alteplazą ani tenekteplazą pacjentów bez stwierdzonego w badaniu klinicznym deficytu neurologicznego.	Bardzo niska	Silny
Nie zaleca się leczenia alteplazą ani alteplazą, jeżeli kliniczne objawy udaru mózgu w ocenie lekarza lub pacjenta nie zagrażają wystąpieniem istotnej niepełnosprawności.	Średnia	Słaby
Zaleca się leczenie alteplazą bez górnej granicy w NIHSS, o ile możliwe jest jego rozpoczęcie w ciągu pierwszych 3 godz. od zachorowania.	Niska	Silny
Można ostrożnie rozważyć leczenie alteplazą u pacjentów z bardzo ciężkim zespołem neurologicznym ocenionym na ≥ 25 pkt w NIHSS w oknie terapeutycznym 3,0–4,5 godz. od zachorowania, zwłaszcza jeżeli nie ma możliwości wykonania trombektomii mechanicznej embolektomii.	Niska	Słaby
OBRAZOWANIE MÓZGU		
Przed rozpoczęciem leczenia alteplazą lub tenekteplazą konieczne jest wykluczenie wewnątrzczaszkowej obecności świeżej krwi za pomocą TK lub RM.	Wysoka	Silny
Zaleca się rutynowe leczenie alteplazą lub tenekteplazą w przypadku niestwierdzenia w TK mózgu wczesnych zmian niedokrwiennych (rozumianych jako hipodensja niewielka do umiarkowanej) lub też	Niska	Silny

stwierdzenia obecności wczesnych zmian niedokrwiennych o niewielkim nasileniu i rozległości.		
Nie zaleca się leczenia alteplazą ani tenekteplazą u pacjentów z rozległym obszarem ewidentnej hipodensji odzwierciedlającej nieodwracalne uszkodzenie mózgu.	Średnia	Słaby
Można rozważyć leczenie alteplazą u pacjentów z wczesnymi zmianami niedokrwiennymi potwierdzonymi w TK (hipodensja niewielka do umiarkowanej) obejmującymi rozległy obszar mózgu.	Niska	Słaby
WCZEŚNIEJSZY STAN FUNKCJONALNY		
Zaleca się leczenie alteplazą u chorych uprzednio niesamodzielnym w zakresie czynności dnia codziennego lub z zespołem otępiennym, biorąc pod uwagę gorsze rokowanie w tej grupie chorych bez względu na zastosowane leczenie oraz możliwą progresję dotychczasowej niepełnosprawności.	Średnia	Silny
WCZEŚNIEJSZE LECZENIE PRZECIWZAKRZEPOWE		
Zaleca się leczenie alteplazą bez względu na wcześniejsze przyjmowanie leków przeciwplatekcyjnych (w tym podwójnej terapii przeciwplatekowej). Korzyści z leczenia trombolitycznego przeważają nad prawdopodobnie nieco podwyższonym ryzykiem wystąpienia objawowego krwotoku do mózgu.	Średnia	Silny
Zaleca się leczenie alteplazą u chorych stosujących VKA, o ile wartość INR wynosi $\leq 1,7$	Niska	Silny
Zaleca się rutynowo leczenie alteplazą lub tenekteplazą, o ile czas od przyjęcia ostatniej dawki dabigatranu wynosi ≥ 48 godz., a pacjent nie ma zaawansowanej niewydolności nerek. W przeciwnym razie, o ile to możliwe, należy preferować pierwotną trombektomię mechaniczną	Niska	Silny
Należy rozważyć leczenie alteplazą u chorych przyjmujących dabigatran, o ile ostatnia dawka leku została przyjęta w ciągu poprzedzających 48 godz. lub czas od jej przyjęcia pozostaje nieznany, a stężenie leku w surowicy krwi wynosi < 30 ng/ml; ostrożnie rozważyć, jeżeli stężenie leku we krwi wynosi 30–50 ng/ml.	Niska	Silny
Należy rozważyć leczenie alteplazą u chorych przyjmujących dabigatran, o ile ostatnia dawka leku została przyjęta w ciągu ≤ 48 godz. lub czas jej przyjęcia	Niska	Słaby

jest nieznany, a jednocześnie wartości TT/dTT mieszczą się w granicach norm lokalnego laboratorium.		
Można rozważać leczenie alteplazą u chorych przyjmujących dabigatran, o ile przed rozpoczęciem trombolizy podany zostanie idarucyzumab (5 g w 10-min. wlewie lub bolusie).	Niska	Słaby
Zaleca się rutynowo leczenie alteplazą lub tenekteplazą, o ile czas od przyjęcia ostatniej dawki ksabanu wynosi ≥ 48 godz., a pacjent nie ma zaawansowanej niewydolności nerek. W przeciwnym razie, o ile to możliwe, należy preferować pierwotną trombektomię mechaniczną.	Niska	Silny
Należy rozważyć leczenie alteplazą u chorych przyjmujących ksabany, o ile ostatnia dawka leku została przyjęta w ciągu ≤ 48 godz. lub czas od jej przyjęcia pozostaje nieznany, a stężenie leku w surowicy krwi wynosi < 30 ng/ml; ostrożnie rozważyć, jeśli mieści się w przedziale 30–50 ng/ml.	Niska	Silny
Można rozważyć leczenie alteplazą u chorych przyjmujących ksabany, o ile ostatnia dawka leku została przyjęta w ciągu ≤ 48 godz. lub czas od jej przyjęcia pozostaje nieznany, a jednocześnie aktywność anty-Xa oznaczona za pomocą swoistego testu ilościowego wynosi $< 0,5$ j./ml.	Niska	Słaby
Można ostrożnie rozważyć leczenie alteplazą u chorych przyjmujących ksabany, nawet jeżeli ostatnia dawka leku została przyjęta < 48 godz.	Niska	Słaby
Nie zaleca się leczenia alteplazą ani tenekteplazą u chorych otrzymujących heparyny niefrakcjonowane, jeżeli ich ostatnia dawka była podana w ciągu ≤ 48 godz., a aPTT jest wydłużony powyżej górnej normy lokalnego laboratorium.	Wysoka	Silny
Nie zaleca się leczenia alteplazą ani tenekteplazą u chorych przyjmujących heparyny drobnocząsteczkowe w dawce terapeutycznej, jeżeli czas od przyjęcia ostatniej dawki wynosi < 24 godz.	Bardzo niska	Słaby
WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH KRWI		
Nie zaleca się leczenia alteplazą ani tenekteplazą w przypadku skazy krwotocznej.	Niska	Silny
Nie zaleca się leczenia alteplazą ani tenekteplazą w przypadku liczby płytek krwi < 100 K/ μ l lub innej istotnej koagulopatii, bez względu na przyczynę.	Niska	Słaby
Z uwagi na wyjątkowo niskie ryzyko przypadkowego wykrycia niezdiagnozowanej wcześniej koagulopatii, w pełni uzasadnione jest	Niska	Silny

rozpoczynanie leczenia alteplazą lub tenekteplazą przed uzyskaniem informacji o liczbie płytek krwi, wartości aPTT, PT i INR, o ile dane z wywiadu, jakimi w momencie podejmowania decyzji terapeutycznej dysponuje lekarz, nie wskazują na istotne ryzyko koagulopatii. Po uzyskaniu wyników badań laboratoryjnych należy niezwłocznie zweryfikować zasadność kontynuowania wlewu alteplazy, zwłaszcza w przypadku trombocytopenii $<100 \text{ K}/\mu\text{l}$.		
Zaleca się rutynowo leczenie alteplazą lub tenekteplazą u pacjentów z glikemią w zakresie 50–400 mg/dl.	Wysoka	Silny
Można ostrożnie rozważyć leczenie alteplazą u chorych z glikemią $<50 \text{ mg/dl}$, o ile nasilone objawy UM utrzymują się pomimo uzyskania normalizacji stężenia glukozy we krwi. Zwłaszcza w przypadku stwierdzenia niedrożności dużego pnia tętniczego zaopatrującego obszar odpowiedzialny za zespół neurologiczny.	Bardzo niska	Słaby
Należy rozważyć leczenie alteplazą u chorych z glikemią $>400 \text{ mg/dl}$, o ile zespół neurologiczny utrzymuje się pomimo zastosowania adekwatnego dożylnego leczenia insuliną (bolus z następowym wlewem dożylnym).	Niska	Słaby
CIŚNIENIE TĘTNICZE KRWI		
Zaleca się rutynowe leczenie alteplazą lub tenekteplazą u chorych z ciśnieniem tętniczym $<185/110 \text{ mm Hg}$.	Wysoka	Silny
Nie zaleca się rutynowego stosowania leków hipotensyjnych w celu doraźnego uzyskania wartości ciśnienia tętniczego krwi $<185/110 \text{ mmHg}$ mającej umożliwić rozpoczęcie dożylnego leczenia trombolitycznego. Nie wykazano by taka strategia wiązała się z korzystnym efektem klinicznym w porównaniu ze strategią polegającą na wyczekiwaniu na ewentualne samoistne obniżenie wartości ciśnienia tętniczego krwi do wartości $<185/110 \text{ mm Hg}$.	Niska	Słaby
Ciśnienie tętnicze $< 180/105 \text{ mm Hg}$ powinno być utrzymane przez kolejne 24 h po rozpoczęciu dożylnego leczenia trombolitycznego	Wysoka	Silny
PRZEBYTY UDAR MÓZGU		
Należy rozważyć leczenie alteplazą u chorych z przebyłym udarem niedokrwiennym mózgu w ciągu ostatnich 3 miesięcy w wywiadzie, biorąc pod uwagę m.in. upływ czasu od poprzedniego udaru, rozległość ogniska	Niska	Słaby

zawałowego, rezydualny zespół neurologiczny, stopień samodzielności pacjenta, głębokość nowego deficytu neurologicznego oraz czas od wystąpienia objawów do ewentualnego rozpoczęcia leczenia trombolitycznego.		
Należy rozważyć leczenie alteplazą u chorych z przebytym udarem niedokrwinnym mózgu i współistniejącą cukrzycą w wywiadzie, biorąc pod uwagę gorsze rokowanie niż w innych grupach chorych bez względu na zastosowane leczenie.	Niska	Słaby
Eksperti SChN PTN (9 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą osób z wywiadem krwawienia wewnątrzczaszkowego w ciągu ostatnich 3 miesięcy, o ile przyczyna krwawienia została usunięta.	-	Konsensus 9/12 ekspertów
Eksperti SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugerują leczenie alteplazą osób z wywiadem krwawienia wewnątrzczaszkowego > 3miesiący, o ile przyczyna krwawienia została usunięta.	-	Konsensus 12/12 ekspertów
KRWAWIENIA I ZABIEGI W WYWIADZIE		
Eksperti SChN PTN (11 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą chorych z wywiadem zagrażającego życiu krwawienia w ciągu ostatnich 3 miesięcy, o ile jego przyczyna została usunięta.	-	Konsensus 11/12 ekspertów
Eksperti SChN PTN (11 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą w przypadku istotnego klinicznie krwawienia z przewodu pokarmowego lub układu moczowego, które miało miejsce w ciągu poprzedzających 1–3 miesięcy.	-	Konsensus 11/12 ekspertów
Eksperti SChN PTN (12 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą w przypadku istotnego klinicznie krwawienia z przewodu pokarmowego lub układu moczowego w ciągu ostatniego 1 miesiąca.	-	Konsensus 12/12 ekspertów
Eksperti SChN PTN (12 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą w przypadku dużego zabiegu chirurgicznego lub rozległego urazu niedotyczącego głowy przebitego w ciągu ostatniego 1 miesiąca.	-	Konsensus 12/12 ekspertów
Eksperti SChN PTN (11 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą w przypadku dużego zabiegu chirurgicznego lub rozległego urazu niedotyczącego głowy przebitego w ciągu ostatnich 1–3 miesięcy.	-	Konsensus 11/12 ekspertów
Eksperti SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą w przypadku niewielkiego zabiegu chirurgicznego przebitego w ciągu ostatniego 1 miesiąca.	-	Konsensus 12/12 ekspertów

Eksperci SChN PTN (9 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą w ciągu 7 dni po naktuciu lędźwiowym	-	Konsensus 9/12 ekspertów
Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą jatrogennego udaru mózgu, do którego doszło podczas wykonywania innej procedury wewnątrznaczyniowej.	-	Konsensus 12/12 ekspertów
POZOSTAŁE SYTUACJE SZCZEGÓLNE		
Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą u pacjenta z towarzyszącym świeżym zawałem serca. Po zastosowaniu leczenia reperfuzyjnego mózgu pacjent w drugiej kolejności powinien przejść zabieg koronarografii z ewentualną implantacją stentu.	-	Konsensus 12/12 ekspertów
Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą w przypadku aktywnego ostrego zapalenia trzustki.	-	Konsensus 12/12 ekspertów
Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą w przypadku obecności nowotworu o wysokim ryzyku krwawienia.	-	Konsensus 12/12 ekspertów
Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) nie zalecają rutynowego leczenia alteplazą w przypadku współistnienia patologii wewnątrzmoźgowej mogącej istotnie zwiększyć ryzyko krwotoku (nie dotyczy oponiaków, nerwiaków ośłonkowych i malformacji naczyniowych).	-	Konsensus 12/12 ekspertów
Eksperci SChN PTN (11 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą w przypadku niektórych innych guzów mózgu (np. niebędących oponiakami lub nerwiakami ośłonkowymi i malformacjami naczyniowymi) lub niepękniętych malformacji naczyniowych.	-	Konsensus 11/12 ekspertów
Eksperci SChN PTN (11 na 12 głosujących) sugerują leczenie alteplazą u pacjentów z oponiakami lub nerwiakami ośłonkowymi.	-	Konsensus 11/12 ekspertów
Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą w przypadku potwierdzonej endoskopowem ciągu ostatnich 3 miesięcy aktywnej choroby wrzodowej żołądka/dwunastnicy, żylaków przełyku, tętniaka lub malformacji tętniczo-żylnych o lokalizacji pozamózgowej, o ile nie współistnieje aktywne krwawienie.	-	Konsensus 12/12 ekspertów

Eksperci SChN PTN (11 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą w przypadku aktywnego bakteryjnego zapalenia wsierdza lub aktywnego zapalenia osierdza.	-	Konsensus 11/12 ekspertów
Eksperci SChN PTN (9 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą osób z retinopatią krwotoczną (np. w przebiegu cukrzycy), biorąc pod uwagę ryzyko utraty wzroku.	-	Konsensus 9/12 ekspertów
Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugerują rozważenie leczenia alteplazą kobiet w ciąży nieobarczonej podwyższonym ryzykiem krwotoku wewnątrzmacicznego.	-	Konsensus 12/12 ekspertów
Eksperci SChN PTN (12 na 12 głosujących) sugerują leczenie alteplazą w trakcie menstruacji.	-	Konsensus 12/12 ekspertów
Eksperci SChN PTN (11 na 12 głosujących) nie zalecają leczenia alteplazą ≤14 dni po porodzie siłami natury.	-	Konsensus 11/12 ekspertów