

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE DIÁLISIS ESPECIALIDAD DE NEFROLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La diálisis consiste en la depuración de la sangre de las toxinas que se acumulan como consecuencia de la insuficiencia renal bien sea aguda o crónica, lo que se hace por medio de distintos dispositivos.

En la hemodiálisis se extrae directamente la sangre de una vena de gran calibre, a través de un catéter o de una fístula arterio-venosa y se depura con un filtro en una máquina bajo el control de personal sanitario. Es un procedimiento que debe realizarse un mínimo de tres veces a la semana durante al menos tres horas por sesión.

En la Diálisis Peritoneal se introduce, a través de un catéter, líquido en la cavidad peritoneal del abdomen, líquido que se cambia por otro limpio de forma periódica. El procedimiento se realiza varias veces al día. Lo normal es que se realice la técnica en el domicilio del paciente en los casos de enfermedad crónica.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Es el único tratamiento de la insuficiencia renal terminal (junto con el trasplante renal). Una vez en diálisis el equipo médico valorará si el paciente es candidato a un trasplante renal para su inclusión en la lista de espera correspondiente.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No existen en el momento actual.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejoría de la situación clínica del paciente

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización de diálisis supone la acumulación en sangre de sustancias tóxicas que son peligrosas para la vida.

RIESGOS FRECUENTES

Derivados de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en diálisis: Hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, malnutrición, anemia, hiperpotasemia, enfermedad ósea, infecciones...

Específicos de la hemodiálisis: Hipotensión, cefaleas y calambres intradiálisis, reacciones alérgicas, fiebre, arritmias, hemorragia en los lugares de punción, complicaciones relacionadas con el uso de catéteres vasculares, trombosis de fístula arterio-venosa, aneurismas en los lugares de pinchazo de la fístula arterio-venosa...

Específicos de la Diálisis Peritoneal: Dolor de espalda, peritonitis, infecciones del catéter peritoneal, hernias y fugas abdominales, complicaciones derivadas del mal funcionamiento del catéter peritoneal, hemo y/o neumoperitoneo.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL

C. INFORMADO DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE DIÁLISIS

PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Hemodiálisis: Hemólisis; Síndrome de desequilibrio; embolismo aéreo.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA