

# Consentimiento informado para la realización de hemodiálisis temporal

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| (pegatina) o:           |                          |
| Nombre y apellidos..... |                          |
| .....                   |                          |
| .....                   |                          |
| Edad.....               |                          |
| NIP.....                | Nº Episodio ò ò ò ò ò .. |

## ¿EN QUÉ CONSISTE?

Usted presenta **Insuficiencia renal**, esto significa que sus riñones no realizan su función eficazmente, lo cual puede ser reversible o permanente.

Los riñones desempeñan importantes funciones en el organismo: control del balance de entrada y salida de agua, de los niveles adecuados de elementos fundamentales para la vida (sodio, potasio...), produce hormonas necesarias para la sangre, el hueso y la tensión arterial, y eliminan productos de desecho del metabolismo. Por todo ello no es posible vivir a corto plazo sin un órgano que desarrolle todas estas funciones tan importantes, y por este motivo, usted debe iniciar un tratamiento que se conoce con el nombre de DIÁLISIS, tratamiento que suplente parcialmente las funciones del riñón.

En función de la evolución de su enfermedad este tratamiento puede realizarse de forma temporal o permanente si no se comprobara la recuperación de su función renal.

~ Cómo se realiza: La Hemodiálisis se basa en el paso de la sangre a través de un filtro que impide el paso de células y de determinadas sustancias. Esta técnica precisa un acceso vascular para depurar la sangre, para lo cual es imprescindible la colocación de un catéter temporal en una vena central a través del cual sale la sangre; una vez depurada se retorna por el mismo catéter al paciente. El procedimiento dura entre 2 y 5 horas de media, y se realiza varias veces en semana, según lo precise, y mientras que no recupere la función de sus riñones.

## ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

### 1. Riesgos generales:

La Hemodiálisis suele ser bien tolerada, aunque ocasionalmente pueden aparecer algunos efectos secundarios como hipotensión, mareos, vómitos, calambres, hemólisis de la sangre, etc. y los secundarios a la canalización del catéter para la hemodiálisis.

### 2. Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados, por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones como .....

### 3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

Eliminar de la sangre sustancias tóxicas para su organismo, mejorando al mismo tiempo su sintomatología.

## ¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

En este momento el tratamiento médico conservador no ha hecho efecto en su caso, por lo que la Hemodiálisis es la única alternativa.

## ¿NOS AUTORIZA?

Por este documento solicitamos su autorización para realizarle el procedimiento, y para usar imágenes e información de su Historia Clínica con fines docentes o científicos (su anonimato será respetado)

## **DECLARACIONES Y FIRMAS**

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos de que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

### **1. Relativo al paciente:**

D./D.<sup>a</sup> ..... con D.N.I. ....

He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

Autorizo SI y NO y para utilizar material gráfico o biológico resultado de la intervención con fines docentes y científicos (tachar lo que no corresponda)

**Firma del paciente**

**Fecha:** ..... /..... /.....

### **2. Relativo al médico:**

Dr./Dra. .... he informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

**Firma del médico**

**Fecha:** ..... /..... /.....

**Nº Colegiado** \_\_\_\_\_

### **3. Relativo a los familiares y tutores:**

El paciente D./Dña. .... no tiene capacidad para decidir en este momento.

D./D.<sup>a</sup> ..... con D.N.I. .... y en calidad de..... he sido informado/a suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

**Firma del tutor o familiar**

**Fecha:** ..... /..... /.....

## **Denegación o Revocación**

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (***táchese lo que no proceda***) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

**MÉDICO**  
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á  
**Nº de Colegiado:**  
**Firma:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**  
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..  
**D.N.I.:**  
**Firma:**

**TESTIGO:**  
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á  
**D.N.I.:**  
**Firma:**