

Documento de consentimiento informado sobre tratamiento de hemodiálisis y sus variantes

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*)

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

MANIFIESTO:

Que he sido informado por el Dr/aen fecha / / de las técnicas de hemodiálisis, sus variantes, e igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes que figuran al dorso de este escrito) y su no realización, así como de las contraindicaciones y posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

He comprendido toda la información que se ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.

HEMODIALISIS Y VARIANTES

La hemodiálisis es una técnica de depuración que consiste en hacer circular la sangre a través de un circuito extracorpóreo donde se encuentra un filtro que cuenta con una solución y donde se produce eliminación de una serie de sustancias que son nocivas para el organismo. La hemodiálisis se aplica en una serie de situaciones clínicas, siendo la insuficiencia renal la indicación más habitual. Variantes de la hemodiálisis son la hemofiltración y la hemodiafiltración, dentro de esta última se distinguen otras variedades. La utilización de hemodiálisis convencional o sus variantes depende de factores clínico muy diversos y todos estos procedimientos requieren anticoagulación. Las complicaciones de estas técnicas pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente y las principales complicaciones que pueden aparecer son:

- Hipotensión arterial
- Náuseas y vómitos
- Cefalea
- Dolor de pecho y espalda
- Prurito
- Fiebre y escalofríos
- Síndrome de desequilibrio
- Reacciones alérgicas y de intolerancia
- Posibilidad de transmisión de infecciones y tóxicos
- Arritmias
- Taponamiento cardíaco
- Hemorragias en diversos órganos y sistemas
- Convulsiones
- Hemólisis
- Embolia. Neutropenia. Hipoxia
- Calambres musculares
- Otras complicaciones directas e indirectas derivadas de las anteriores

OBSERVACIONES PARTICULARES Y RIESGOS PERSONALIZADOS

.....
.....

DOY MI CONSENTIMIENTO a los facultativos del Servicio de Nefrología a que practiquen el procedimiento mencionado y las pruebas complementarias necesarias. Soy conocedor/a de que, en caso de urgencia, por riesgo para la salud pública o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme un daño. Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. Asimismo, autorizo a que este procedimiento pueda ser utilizado como elemento docente y/o de investigación siempre que no comporte riesgo adicional.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__