

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HEMODIÁLISIS.

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo,....., habiéndome informado en términos claros y sencillos la patología que padezco, como así también las características, alcances y objetivos del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a** y a su equipo, a efectuarme práctica de hemodiálisis.

2. Se me ha informado y he comprendido que la hemodiálisis es un tratamiento invasivo sustitutivo en patologías que cursan con un severo deterioro de la función renal, y que consiste en la extracción de sangre, su pasaje directo a una máquina donde se limpian las toxinas de la sangre a través de un filtro sanguíneo, y su posterior reingreso al torrente circulatorio. También se me explicó que este procedimiento requiere ser repetido periódicamente, con la frecuencia que el profesional médico determine en función de mi estado.

3. Se me ha informado y he comprendido que previamente al procedimiento de hemodiálisis es necesaria la realización de una fístula arteriovenosa (unión entre una arteria y una vena), que es una vía de acceso vascular que permite la salida y el reingreso de la sangre dializada, sin necesidad de realizar punciones venosas repetidas. Se me ha explicado que la fístula puede realizarse en forma directa entre la arteria y la vena, pero se me advirtió que existe la posibilidad que sea necesario interponer o una vena superficial de esa o de otra zona anatómica o también un material protésico sintético. También se me explicó que la fístula se realiza habitualmente a nivel de la muñeca, pero de no ser posible, se recurrirá a otra localización anatómica. Y que de no ser posible practicar la fístula, otra alternativa es la colocación de un catéter transitorio o permanente en venas (como la yugular o la subclavia).

4. Se me ha explicado que el objetivo de este tratamiento es liberar a la sangre de ciertas toxinas que no pueden ser eliminadas por el fallo de mi función renal, pero que no implica la curación de mi enfermedad ni evita la progresión de algunas enfermedades y patologías asociadas. Y que si bien se espera que la hemodiálisis me brinde beneficios, no existe garantía de que ellos se produzcan.

5. Dejo especialmente aclarado que se me han informado los motivos por los que está indicado efectuarme la hemodiálisis, y que entiendo la naturaleza y consecuencias que pueden derivarse de la realización de la misma. Asimismo, manifiesto que estoy en conocimiento de los riesgos y complicaciones que pueden sobrevenir con motivo o en relación a dicho tratamiento. Se me ha dado la posibilidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

5.1. En el lugar de la realización de la fístula siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.

5.2. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de procedimiento son aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes a modo de ejemplo:

5.2.1 DERIVADAS DE LA FISTULA: Infección, obstrucción, hematoma, robo arterial, edema, lesiones nerviosas, dilataciones aneurismáticas, infección de la prótesis en los casos en que fue necesaria su utilización.

5.2.2 DERIVADAS DE LA HEMODIALISIS: Hipotensión, náuseas, vómitos, calambres, cefaleas, dolor en el sitio de punción, hemorragias, reacciones alérgicas, arritmias, dolor de pecho.

6. Se me ha aclarado que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que se realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiéndolo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales.

7. Estoy en conocimiento de que para la realización de la fístula intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia.....Se me han informado además los riesgos y complicaciones propias del procedimiento anestésico elegido.

8. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que..... (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

9. Se me ha explicado que dependiendo de mi edad y de mi situación clínica, podría ser incluido en una lista de espera de trasplante renal, si así lo deseara. Se me ha informado también que existe otra alternativa de tratamiento: la diálisis peritoneal, pero que en mi caso no es la alternativa de tratamiento más recomendable.

10. Se me ha explicado y he comprendido también sobre los riesgos que pueden derivarse si en algún momento deseo desistir del tratamiento. Específicamente se me ha advertido que dado que los riñones son órganos vitales, en caso de no iniciarse el tratamiento sustitutivo renal en el momento adecuado, las complicaciones propias del fracaso renal conducirán al fallecimiento.

11. He sido informado que el Centro de Hemodiálisis referido cumple tanto con las normas de bioseguridad vigentes, como con la normativa vigente para la realización de hemodiálisis.

12. He sido informado que previo al procedimiento, se me realizará los análisis de sangre normados por ley, incluyendo serología para HIV, con el propósito de determinar si padezco alguna enfermedad infectocontagiosa.

13. Se me ha explicado y he autorizado que habiendo elegido este Centro Nefrológico, ellos sean los que decidan quienes van a ser los técnicos y los médicos que intervendrán en cada procedimiento.

14. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estime la dirección médica del Centro de Diálisis antes mencionado, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado.

15. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

16. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo el procedimiento indicado.

Firma del paciente:

Aclaración:

Documento:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: