

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HEMODIÁLISIS

YO .. de .. años de edad, con DNI N° .. domiciliado en .. y con Historia Clínica N° .., en mi calidad de paciente o representante legal y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud en cumplimiento de la Ley General de Salud N° 26842, declaro:

Que el (la) doctor(a) .. CMP N° .. con RNE N° .. ME HA INFORMADO, de forma confidencial, respetuosa y comprensible el diagnóstico de mi/su enfermedad de: **INSUFICIENCIA RENAL. CRONICA () AGUDA ()**, y se puede practicar la siguiente alternativa médica para ésta enfermedad: **HEMODIALISIS**.

Además se me ha explicado lo siguiente:

La enfermedad que padezco consiste en la falta de funcionamiento (insuficiencia) de ambos riñones con la consecuente acumulación de sustancias tóxicas como la urea, creatinina, potasio, fósforo, ácido úrico y otras, componentes que ingresan al organismo a través de los alimentos, lo cual lleva al cuadro clínico de uremia con el desarrollo de náuseas, vómitos, pérdida del apetito, picazón, aumento del sueño, anemia, fatiga. De no tratarse la intoxicación urémica se agrava con el acumulo de sustancias tóxicas con el riesgo de muerte. Esto hace necesario someter al paciente al procedimiento de hemodiálisis el cual tiene como finalidad extraer las sustancias tóxicas del paciente con la circulación de su sangre a través de un filtro dializador el cual depura o extrae dichas sustancias.

La hemodiálisis consiste en la circulación de sangre de manera extracorpórea (fuera del cuerpo) lo que se realiza con la máquina de hemodiálisis lo que permite que circule la sangre a través de un filtro dializador que hace las veces de un riñón artificial y es el que se encarga de extraer las sustancias tóxicas en exceso del paciente. Cada sesión de hemodiálisis dura entre 3 a 4 horas.

Riesgos y complicaciones del procedimiento: la modalidad de hemodiálisis crónica (constante, de por vida sino se trasplanta al paciente) puede inducir o agravar la anemia, así como la osteodistrofia renal (enfermedad ósea secundaria a la insuficiencia renal) o agravar cuadros de desnutrición si es que el paciente no tiene acceso a una dieta adecuada y saludable.

Como todo procedimiento médico pueden haber complicaciones como pueden ser reacciones alérgicas, hipotensión arterial, hipoxemia, arritmias cardíacas, infecciones de los accesos vasculares y molestias como cefalea, calambres, dolor en la zona de venopunción si se usa fístula arteriovenosa como acceso vascular, dolor en el cuello en la zona de inserción del catéter venoso central para hemodiálisis.

Asimismo, se me ha explicado las alternativas: diálisis peritoneal.

Cuidados: me han explicado las precauciones y el tratamiento, que en mi caso, he de seguirlas antes, durante y después del procedimiento y que me comprometo a observar

Si durante el procedimiento, de manera imprevista, se necesitase para mi bien realizar algún tipo de maniobra o intervención no informada previamente autorizo expresamente a que se lleve a cabo.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, antes que el procedimiento objeto de este documento sea realizado y que la firma del presente documento no exime de responsabilidad al médico (s) tratante (s).

Por tanto, manifiesto que estoy SATISFECHO() INSATISFECHO() con la información recibida y que COMPRENDO() NO COMPRENDO () la indicación, beneficios, los riesgos y posibles complicaciones del(los) procedimiento(s): en fe de lo cual, en señal de SI () NO () ACEPTACIÓN de lo anteriormente expuesto, otorgo el consentimiento para que se le realice el (los) procedimiento(s), por lo que firmo el presente documento.

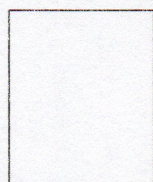
Trujillo.....de.....20.....

Firma del Paciente o Representante legal
Nombre:.....
DNI:.....

Firma del Médico Nefrólogo
CMP..... RNE.....

DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... identificado con DNI N°..... luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/revocación (tachar lo que no corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión.



Huella

Firma del Paciente o Representante legal
Nombre:.....
DNI:.....

Firma del Testigo
Nombre:.....
DNI:.....

Firma y sello del médico
responsable del procedimiento