

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SERVICIO DE NEFROLOGÍA

ENTRADA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS DOMICILIARIA

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

1. Descripción del procedimiento

- **En qué consiste:** Su enfermedad necesita un tratamiento que se conoce con el nombre de HEMODIÁLISIS. Es un procedimiento mediante el cual, de forma periódica, se realizan sesiones en las que la sangre es extraída a través del acceso vascular que usted tiene y filtrada por una máquina o riñón artificial. Esta máquina depura la sangre de los líquidos, tóxicos y productos de desecho del organismo que no se están eliminando por los riñones, para luego volver a introducirla ya depurada.
- **Cómo se realiza:** Usted realizará la diálisis en su domicilio. Durante las últimas semanas ha sido entrenado en el hospital para poder realizar este procedimiento, siendo instruido para la realización de la técnica, los cuidados del acceso vascular, conexión y desconexión de la máquina de diálisis, montaje de la misma y su cuidado, así como de los problemas médicos y técnicos más habituales que pudieran surgir. Consideramos que usted y/o su cuidador han adquirido los conocimientos y destreza necesarios para la realización de la técnica de diálisis en su domicilio. La diálisis domiciliaria sin cuidador puede imposibilitar el que se lleve a cabo según criterio médico.

Usted seguirá en contacto permanente con el equipo de hemodiálisis domiciliaria del hospital y con el servicio de apoyo técnico, debiendo realizar los controles clínicos y del equipo técnico que se precisen.

El equipo médico se reserva la opción de suspender la técnica domiciliaria si considera que no existe un adecuado seguimiento de las indicaciones médicas o técnicas, o si apareciera alguna contraindicación para la terapéutica domiciliaria.

- **Cuánto dura:** Es variable. Usted se dializará varias veces a la semana durante un periodo de tiempo variable en función de sus características clínicas. La duración del tratamiento podrá ser modificado en función de sus necesidades, dependiendo del resultado de sus análisis y de su clínica.

2. Qué objetivos persigue: Eliminar del organismo sustancias del metabolismo que, debido a que los riñones no funcionan correctamente, no son eliminadas por los mecanismos normales.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1. Riesgos generales:

Ocasionales: se deben a la extracción rápida de los productos de desecho y líquidos sobrantes que puede provocar vómitos, cansancio, calambres, mareos e hipotensión arterial. En general, estas manifestaciones son muy poco importantes y raramente aparecen en pacientes en hemodiálisis domiciliaria dado que las sesiones prescritas en domicilio son cortas y frecuentes. Para disminuir estos síntomas se recomienda una relativa restricción dietética y de líquidos entre las sesiones.

Excepcionales: están influidos por la gravedad de la enfermedad renal de base e incluyen fundamentalmente complicaciones cardiovasculares, neurológicas o respiratorias. Si alguna de ellas aparece durante la sesión de hemodiálisis, usted ha sido instruido para suspender la diálisis inmediatamente y acudir al hospital.

Problemas con el acceso vascular. Si el paciente dispone de una fístula arteriovenosa puede aparecer hematoma, dolor, sangrado o dilataciones (aneurismas) en la zona de punción e infecciones. Si se dializa a través de un catéter venoso permanente, la principal complicación son las infecciones. Usted ha sido instruido para minimizar estas complicaciones.

2. Riesgos personalizados: *Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones:*

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

La hemodiálisis es efectiva en la mayoría de los pacientes para corregir el fallo renal crónico.

OTRAS ALTERNATIVAS:

Su enfermedad puede tratarse con hemodiálisis en un centro o con diálisis peritoneal.

DECLARACIONES Y FIRMAS

El/la Médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento/intervención/exploración.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que me realicen dicho procedimiento/intervención/exploración.

En el caso de que se produzca un Accidente con Riesgo Biológico (exposición accidental a material biológico con mi sangre y/o fluidos orgánicos) de un trabajador durante el procedimiento o la intervención quirúrgica que se me va a practicar, doy mi consentimiento, para que: Me realicen una extracción sanguínea para la determinación de serología de virus de la Hepatitis B, virus de la hepatitis C y virus de la Inmunodeficiencia Humana, según el protocolo de actuación específico implantado en este Hospital. Los resultados de dicho análisis serán incluidos en su Historia Clínica personal y, junto con el resto de sus datos, estarán protegidos con la debida confidencialidad.

Sé que estoy siendo atendido en un Hospital Universitario. Autorizo SI ☐ NO ☐ , el uso de material gráfico o biológico resultado de la intervención, el cual puede ser susceptible de ser almacenado y usado, con fines docentes y científicos

Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

D/Dª	DNI:
------	------

En Calidad de: Paciente ☐ Familiar ☐

Firmado:

En Madrid,

MÉDICO DESIGNADO POR EL EQUIPO RESPONSABLE

Dr./Dra.

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica.

Firma del Médico responsable

CIAS

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

En pleno uso de mis facultades, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito. He sido informado de las consecuencias de la suspensión de este, pese a lo cual, quiero revocar el consentimiento previamente otorgado. Para que así conste, firmo el presente documento.

D/Dª	DNI
------	-----

En Calidad de: Paciente ☐ Familiar ☐

FIRMAS

El paciente/Representante
En Madrid:

El Médico Responsable

SI UD. RECONOCE HABER RECIBIDO UNA INFORMACIÓN ADECUADA Y ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE EL PROCEDIMIENTO DESCRITO, PERO REHÚSA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, O QUIERE HACERNOS ALGUNA INDICACIÓN CONCRETA, INDIQUE POR FAVOR, LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN :

FIRMAS

Nombre y Firma del Testigo:

El Médico Responsable
En Madrid:

El apartado "Declaraciones y Firmas" aprobado por el Comité Ético para la Asistencia Sanitaria del HUP el 23/02/2014

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y serán conservados durante los años necesarios para garantizar una adecuada asistencia, así como para cumplir con la normativa vigente aplicable, y en cualquier caso, durante al menos cinco años. El Responsable del Tratamiento es el Hospital Universitario de "LA PRINCESA", cuyo Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Avenida de la Castellana, 280. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en C/ Diego de León, 62 Madrid 28006, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (C/Jorge Juan, 6 Madrid 28001) www.agpd.es.