

RETIRADA DE CATÉTER PERITONEAL

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

1. Descripción del procedimiento

- En qué consiste: esta técnica se realiza cuando el catéter supone un riesgo de transmitir una infección al peritoneo por infección del propio catéter, o cuando ya no se va necesitar para la diálisis.
- Cómo se realiza: se realiza con anestesia local, mediante una incisión en la pared abdominal para extraer por ahí el catéter.
- Cuánto dura: alrededor de 1 hora

2. Qué objetivos persigue: retirar el catéter cuando ya no es necesario o sustituirlo por existir alguna complicación mecánica o infecciosa que dificulta su funcionamiento.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1. Riesgos generales:

- Complicaciones derivadas de accidentes en la manipulación de pequeños vasos sanguíneos que podría ocasionar una hemorragia local, siendo en ocasiones necesario realizarle una transfusión sanguínea. Esta complicación es excepcional.

Riesgos de la anestesia local:

- Lesiones de vasos o nervios como consecuencia de la técnica de anestesia. Son posibles, aunque muy raras.
- Reacciones graves en personas alérgicas a los anestésicos producidas por las propias sustancias anestésicas inyectadas.
- Complicaciones graves como bajada de tensión, convulsiones, etc., debido a un paso rápido de la anestesia a la sangre o al sistema nervioso.
- Sensación de acorchamiento u hormigueo, generalmente pasajero.

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: eliminar el catéter cuando éste ya no es necesario para la diálisis o sustituirlo por otro adecuado.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY? NINGUNA.

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

REVOCACIÓN 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.