



CONSENTIMIENTO PARA DIÁLISIS PERITONEAL

Yo, _____ he recibido información que indica que mis riñones no están
nombre del/de la paciente
funcionando y que necesito diálisis para sostener mi vida. Entiendo que aunque la diálisis es un procedimiento para sostener la vida, no es una cura para la insuficiencia renal.

Mi médico me ha explicado el procedimiento necesario para tratar mi condición y entiendo que la naturaleza del procedimiento es la siguiente:

La diálisis peritoneal incluye la introducción de un líquido especial en mi cavidad peritoneal (abdomen) a una frecuencia recetada por mi médico, siete (7) días por semana. El líquido permanece en mi abdomen por un tiempo determinado para absorber ciertas impurezas y otras sustancias químicas de mi sangre. Una vez que se absorben las impurezas, el líquido se drena fuera de mi abdomen. También entiendo que, junto con el tratamiento peritoneal, puedo necesitar pruebas de laboratorio, radiografías y procedimientos quirúrgicos para garantizar la función adecuada del equipamiento y la efectividad del tratamiento.

Me han informado que los riesgos a continuación están asociados con la diálisis peritoneal y que aunque tales riesgos no son comunes, puede ocurrir uno o más y pueden ser potencialmente fatales:

- Contaminación bacteriana, micótica, por mycobacterium o viral de mi cavidad abdominal, que puede dar como resultado una infección conocida como peritonitis. Aunque habitualmente es tratable, la peritonitis es potencialmente una condición grave que puede llevar a abscesos abdominales e incluso la muerte.
- Debido a ciertos cambios y desequilibrios químicos que ocurren en mi sistema pueden aparecer latidos cardiacos irregulares, disminución de la presión sanguínea y confusión leve.
- Hernias internas, acumulación de líquido en el pecho (corazón y pulmones), obesidad, dolor rectal y altos niveles de grasas en sangre y pancreatitis.
- Desnutrición, incluida la pérdida de proteínas, lo que puede requerir ciertos cambios dietarios de mi parte.
- Reacciones alérgicas y tóxicas a las drogas, soluciones, riñones artificiales u otro equipamiento utilizado durante el tratamiento de hemodiálisis.
- Fracaso del tratamiento con diálisis peritoneal, lo que puede dar como resultado la recomendación de recibir tratamiento de hemodiálisis.

Entiendo que es necesario que yo cumpla con ciertas restricciones en la dieta en relación con mi ingesta de comidas. Es mi responsabilidad cumplir con las restricciones para evitar las distintas complicaciones que surgen porque no cumple con la dieta recetada. Además, entiendo la importancia de adherir al régimen de medicamentos tal como los receten mis médicos y lo seguiré con exactitud. No tomar mis medicamentos puede dar como resultado enfermedad ósea, úlceras en la piel, anemia, insuficiencia cardiaca y calcificación de mi corazón y vasos sanguíneos. En general, entiendo que mi bienestar depende de mi disposición para cumplir con todo el régimen de tratamiento, no solo del tratamiento de diálisis peritoneal. También accedo a someterme a mi diálisis tal como lo recetó mi médico ya que si no lo hago el resultado pueden ser complicaciones graves, incluida la muerte.

CONSENTIMIENTO PARA DIÁLISIS PERITONEAL

Soy consciente de que la diálisis peritoneal en el largo plazo no curará mi enfermedad renal. Se ofrece como sustituto para desempeñar algunas de las funciones que mis riñones ya no pueden realizar. Soy consciente que pueden existir alternativas a la diálisis peritoneal, incluidas: (1) hemodiálisis (en un centro o en casa); (2) trasplante; y que cada una de estas opciones incluye ciertos riesgos y consecuencias, tal como lo revisé y analicé con mi médico tratante.

Entiendo que además de ver a mi médico personal de manera regular, se me requerirá visitar el Hospital al menos una vez por mes para que el Equipo de Diálisis Domiciliaria de Hartford Hospital me evalúe.

Notificaré inmediatamente a mi médico cualquier reacción adversa o problema que pueda tener en relación con estos tratamientos de diálisis peritoneal.

Autorizo los tratamientos repetidos de diálisis peritoneal, a menos que revoque específicamente este consentimiento. Este consentimiento se renovará anualmente, o en una fecha aproximada.

He leído este consentimiento y entiendo completamente su contenido. He tenido la oportunidad de recibir respuesta a mis preguntas en palabras que puedo entender. Por la presente, ejecuto este formulario de consentimiento libremente y con plena aceptación y conocimiento de su contenido. También entiendo que este es un documento legal.

Firma del
Testigo _____ Fecha: _____ Hora: _____

Paciente o representante
legalmente
autorizado _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del
Médico _____ Fecha: _____ Hora: _____