Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HEMODIÁLISIS VENOVENOSA CONTINUA

Yo, _____ me han informado que mis riñones no están
(Nombre del paciente)

funcionando y que necesito hemodiálisis venovenosa continua para sostener mi vida. Entiendo que aunque la hemodiálisis es un procedimiento que sostiene 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 hemodiálisis me limpiará la sangre bombeándola a través de un dispositivo que removerá los desechos y el exceso de líquido. Entiendo que la hemodiálisis incluye, entre otras cosas, la inserción de un catéter en mis venas y el uso de riñones artificiales para filtrar mi sangre. También entiendo que, junto con el tratamiento de hemodiálisis, tal vez necesite pruebas de laboratorio, radiografías y procedimientos quirúrgicos para garantizar el funcionamiento adecuado del equipamiento y la efectividad del tratamiento.

Me han informado que los siguientes riesgos están asociados con la hemodiálisis venovenosa continua y que aunque tales riesgos no son comunes, puede ocurrir uno o más y ser potencialmente fatal:

- Contaminación bacteriana y/o viral (por ej., hepatitis B o C) de mi sangre, lo que puede causar infección, o una infección bacteriana de la sangre llamada septicemia;
- Sangrado debido a problemas de coagulación sanguínea o desconexión de los catéteres de sangre;
- “Destrucción” o degradación de los glóbulos rojos, conocida como hemólisis;
- Sangrado interno o sangrado del sitio de acceso;
- Infecciones de mi sitio de acceso (infecciones en el catéter o la fístula);
- Introducción de aire en mi torrente sanguíneo;
- Choque o paro cardíaco;
- Reacciones alérgicas y tóxicas a drogas, soluciones, riñones artificiales u otro equipamiento usado durante el tratamiento de hemodiálisis venovenosa continua.
- Coagulación en mi acceso o infiltración de mi acceso.

○ _____ Iniciales del paciente

También me han informado que puede haber algunos efectos secundarios asociados con la hemodiálisis venovenosa continua relacionados con los líquidos y cambios químicos durante o después del tratamiento de hemodiálisis. Algunos de los efectos secundarios son osteoporosis, desequilibrio electrolítico, dolor de cabeza, náuseas, mareos, desmayo, latidos cardíacos irregulares, disminución de la presión arterial, calambres musculares y confusión leve.

Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

Me han explicado el procedimiento de hemodiálisis venovenosa continua y las alternativas a la hemodiálisis venovenosa continua. Entiendo que las alternativas a la hemodiálisis venovenosa continua son: diálisis peritoneal o hemodiálisis intermitente aguda, según sea apropiado desde el punto de vista clínico.

Notificaré inmediatamente a mi médico cualquier reacción adversa o problema que pueda tener en relación con el tratamiento de hemodiálisis venovenosa continua.

Si mi condición clínica lo indica y ya no requiero hemodiálisis venovenosa continua, autorizo tratamientos repetidos con hemodiálisis intermitente, a menos que revoque este consentimiento de manera específica. La hemodiálisis intermitente conlleva los mismos riesgos y complicaciones que el tratamiento de hemodiálisis venovenosa continua tal como se señala anteriormente.

Entiendo que puede ser necesario que siga ciertas restricciones en relación con la dieta. Seguir estas restricciones en relación con la dieta será mi responsabilidad y no hacerlo puede causar enfermedad ósea, calcificación de mi corazón, vasos sanguíneos y piel, insuficiencia cardíaca y hasta muerte súbita. Además, entiendo que será mi responsabilidad tomar mis medicamentos tal como mi médico los recetó. El éxito de la hemodiálisis también depende de que yo acceda a permanecer en la máquina mientras dure el tiempo recetado para que mi sangre se pueda limpiar adecuadamente.

He leído este consentimiento y entiendo su contenido en su totalidad. He tenido la posibilidad de que respondan mis preguntas en palabras que puedo entender. Por la presente, formalizo este formulario de consentimiento libremente y con una total aceptación y conozco su contenido. También entiendo que este es un documento legal.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

_____ Firmado: _____
MD, APRN, PA (Paciente o representante legalmente autorizado)

Fecha: _____ Hora: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

_____ (Intérprete)

**EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR ANTES DE LA CIRUGÍA [ ❒ ] PORQUE:**

_____

_____ M.D. Fecha: _____ Hora: _____

_____ Testigo Fecha: _____ Hora: _____