



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

**NEFROLOGÍA  
HEMODIÁLISI DOMICILIÀRIA**

***Autorització per a hemodiàlisi domiciliària***

Com a pacient amb malaltia renal crònica amb necessitat de tractament renal substitutiu ha sigut informat de les diferents tècniques i ha triat la realització d'hemodiàlisi domiciliària. Per a això, durant les últimes setmanes ha sigut entrenat/a vosté i/o el seu cuidador/a en el Servei de Nefrologia del seu hospital de referència per a la realització d'aquesta tècnica. Aquest entrenament ha inclòs les cures del seu accés vascular, el muntatge del monitor d'hemodiàlisi i el seu manteniment, així com el procediment de connexió i desconnexió a aquest. També ha sigut instruït/a sobre els problemes mèdics i tècnics més habituals que pogueren sorgir durant el tractament i les seues potencials complicacions. Considerem que vosté i/o el seu cuidador/a han adquirit els coneixements i destresa necessaris per a la realització de la tècnica d'hemodiàlisi domiciliària. Per aquest motiu i de comú acord amb vosté es decideix que a partir del dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ començarà a realitzar les sessions d'hemodiàlisis en el seu domicili.

Durant tot el període de tractament disposarà d'un contacte permanent amb l'equip de diàlisi domiciliària del seu hospital de referència i també d'un servei de suport tècnic per via telefònica de l'empresa subministradora del material. A més haurà d'acudir a la unitat hospitalària de diàlisi domiciliària per a controls clínics i analítics periòdics a fi de realitzar els ajustos terapèutics que precise i poder re-avaluar la seua destresa tècnica, d'acord amb el protocol establert.

Vosté com a pacient es compromet a seguir les indicacions terapèutiques de l'equip de Nefrologia que inclouen tant la pauta d'hemodiàlisi prescrita com la presa de medicació domiciliària per via oral i/o endovenosa, el maneig responsable del monitor d'hemodiàlisi i si fora necessària la remissió periòdica de les mostres requerides per a avaluar la qualitat de l'aigua utilitzada.

El Servei de Nefrologia del seu hospital de referència es reserva l'opció de suspendre la tècnica domiciliària si considera que no existeix un adequat seguiment de les indicacions mèdiques i/o tècniques, o si apareguera alguna contraindicació per a continuar realitzant-la. En tot moment, vosté com a pacient té plena llibertat per a suspendre la tècnica domiciliària si així ho considera oportú i prosseguir tractament mitjançant una tècnica alternativa.

## ***Autorització per a hemodiàlisi domiciliària***

**DECLARACIONS I SIGNATURES:** Abans de signar aquest document, si desitja més informació o té qualsevol dubte sobre la seua malaltia, no dubte a preguntar-nos. Li atendrem amb molt de gust. L'informem que té dret a revocar la seua decisió i retirar el seu consentiment.

### **1. Relatiu al pacient:**

D./Dña.: .....

D.N.I. n.º..... y nº de SIP .....

*Declare que he sigut entrenat/pel Servei de Nefrologia de l'Hospital.....per a la realització d'hemodiàlisi domiciliària i considere que he adquirit els coneixements necessaris per a la realització d'aquesta tècnica . A més he sigut informat/a sobre les indicacions, resultats i possibles complicacions d'aquesta, així com d'altres opcions terapèutiques alternatives i assumisc la responsabilitat de realitzar el tractament d'acord amb les indicacions del Servei de Nefrologia. Manifest que estic satisfet/a amb la informació rebuda i continguda en aquest document i a més, comprenc l'abast i els riscos d'aquest. Per això*

**CONSENT**

**REBUIG**

*Signatura del pacient, familiar i/o tutor*

### **2. Relatiu als familiars i tutors:**

El/la pacient D./Dña..... no té capacitat per a decidir ni realitzar el procediment en aquest moment.

*Declare que he sigut entrenat/pel Servei de Nefrologia de l'Hospital ..... per a la realització d'hemodiàlisi domiciliària i considere que he adquirit els coneixements necessaris per a la realització d'aquesta tècnica . A més he sigut informat/a sobre les indicacions, resultats i possibles complicacions d'aquesta, així com d'altres opcions terapèutiques alternatives i assumisc la responsabilitat de realitzar el tractament d'acord amb les indicacions del Servei de*

Nefrologia. Manifest que estic satisfet/a amb la informació rebuda i continguda en aquest document i a més, comprenc l'abast i els riscos d'aquest. Per això

CONSENT

REBUIG

*Signatura del pacient, familiar i/o tutor*

### **Consentiment informat per a la tècnica d'hemodiàlisi domiciliària**

#### **3. Relatiu al facultatiu:**

Dr./Dra ..... Amb número de col·legiat .....  
he informat el pacient i/o al tutor o familiar de l'objecte i naturalesa del procediment que se li  
realitzarà explicant-li els riscos, complicacions i alternatives possibles.

*Signatura del pacient, familiar i/o tutor*

---

### **Revocació**

Revoque el consentiment prestat en data ..... i no desitge prosseguir amb  
aquest, que done amb aquesta data per finalitzat

*Signatura del pacient, familiar i/o tutor*