



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**NEFROLOGÍA
HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA**

Autorización para hemodiálisis domiciliaria

Como paciente con enfermedad renal crónica con necesidad de tratamiento renal sustitutivo ha sido informado de las diferentes técnicas y ha elegido la realización de hemodiálisis domiciliaria. Para ello, durante las últimas semanas ha sido entrenado/a usted y/o su cuidador/a en el Servicio de Nefrología de su hospital de referencia para la realización de dicha técnica. Dicho entrenamiento ha incluido los cuidados de su acceso vascular, el montaje del monitor de hemodiálisis y su mantenimiento, así como el procedimiento de conexión y desconexión al mismo. También ha sido instruido/a sobre los problemas médicos y técnicos más habituales que pudieran surgir durante el tratamiento y sus potenciales complicaciones. Consideramos que usted y/o su cuidador/a han adquirido los conocimientos y destreza necesarios para la realización de la técnica de hemodiálisis domiciliaria. Por este motivo y de común acuerdo con usted se decide que a partir del día ___/___/___ comenzará a realizar las sesiones de hemodiálisis en su domicilio.

Durante todo el periodo de tratamiento dispondrá de un contacto permanente con el equipo de diálisis domiciliaria de su hospital de referencia y también de un servicio de apoyo técnico por vía telefónica de la empresa suministradora del material. Además deberá acudir a la unidad hospitalaria de diálisis domiciliaria para controles clínicos y analíticos periódicos con objeto de realizar los ajustes terapéuticos que precise y poder re-evaluar su destreza técnica, de acuerdo al protocolo establecido. Usted como paciente se compromete a seguir las indicaciones terapéuticas del equipo de Nefrología que incluyen tanto la pauta de hemodiálisis prescrita como la toma de medicación domiciliaria por vía oral y/o endovenosa, el manejo responsable del monitor de hemodiálisis y si fuera necesaria la remisión periódica de las muestras requeridas para evaluar la calidad del agua utilizada.

El Servicio de Nefrología de su hospital de referencia se reserva la opción de suspender la técnica domiciliaria si considera que no existe un adecuado seguimiento de las indicaciones médicas y/o técnicas, o si apareciera alguna contraindicación para seguir realizándola. En todo momento, usted como paciente tiene plena libertad para decidir suspender la técnica domiciliaria si así lo considera oportuno y proseguir tratamiento mediante una técnica alternativa.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**NEFROLOGÍA
HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA**

Autorización para hemodiálisis domiciliaria

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

1. Relativo al paciente:

D./Dña.:

D.N.I. n.º..... y nº de SIP

Declaro que he sido entrenado/a por el Servicio de Nefrología del Hospital.....para la realización de hemodiálisis domiciliaria y considero que he adquirido los conocimientos necesarios para la realización de dicha técnica . Además he sido informado/a sobre las indicaciones, resultados y posibles complicaciones de la misma, así como de otras opciones terapéuticas alternativas y asumo la responsabilidad de realizar el tratamiento de acuerdo con las indicaciones del Servicio de Nefrología. Manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y contenida en este documento y además, comprendo el alcance y los riesgos del mismo. Por ello

CONSIENTO

RECHAZO



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**NEFROLOGÍA
HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA**

2. Relativo a los familiares y tutores:

El paciente D./Dña.....no tiene capacidad para decidir ni realizar el procedimiento en este momento.

Declaro que he sido entrenado/a por el Servicio de Nefrología del Hospital.....para la realización de hemodiálisis domiciliaria y considero que he adquirido los conocimientos necesarios para la realización de dicha técnica . Además he sido informado/a sobre las indicaciones, resultados y posibles complicaciones de la misma, así como de otras opciones terapéuticas alternativas y asumo la responsabilidad de realizar el tratamiento de acuerdo con las indicaciones del Servicio de Nefrología. Manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y contenida en este documento y además, comprendo el alcance y los riesgos del mismo. Por ello

CONSIENTO

RECHAZO

Firma del paciente, familiar y/o tutor