



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** Dada la enfermedad renal que usted padece es necesario que inicie el eficaz tratamiento de la diálisis (limpieza artificial de la sangre). El objetivo de este tratamiento es eliminar las sustancias tóxicas de su sangre así como el exceso de líquido que presente.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** En la diálisis peritoneal, la depuración de las impurezas de la sangre se realiza introduciendo líquido de diálisis dentro de su abdomen a través de un catéter previamente colocado. Para que este tratamiento sea eficaz este líquido debe renovarse varias veces al día.
- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** El más frecuente es la infección de la cavidad abdominal (peritonitis), que suele deberse a la entrada de gérmenes al realizar el cambio del líquido o tras infección del catéter. La prevención de esta complicación, que suele responder al tratamiento, depende básicamente de que usted realice los cambios del líquido y las curas del catéter siguiendo las indicaciones del equipo de especialistas que le atienden. Actualmente la frecuencia de esta complicación es de 1 caso por cada 3.000 intercambios de líquido.
- 4. Consecuencias previsibles de su realización:** El tratamiento sustitutivo de la función renal mediante diálisis peritoneal permitirá prolongar su supervivencia y pretende mejorar su calidad de vida; sin embargo, la diálisis no equivale a una curación de su enfermedad, no corrige todas las alteraciones provocadas por la insuficiencia renal, ni tampoco evita la progresión de algunas enfermedades y patologías asociadas (arterioesclerosis, diabetes...).
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** Dado que los riñones son órganos vitales, en caso de no iniciarse el tratamiento sustitutivo renal en el momento adecuado, las complicaciones propias del fracaso renal conducirán al fallecimiento.
- 6. Alternativas:** En este momento sólo existe una alternativa: iniciar hemodiálisis (si es posible o está indicado en su caso) en vez de diálisis peritoneal. En el futuro usted podría ser subsidiario/a de recibir un trasplante renal, suponiendo que esté indicado y que los estudios previos lo avalen y haya sido incluido en la lista de espera, pero esto no es un tratamiento factible de manera inmediata.
- 7. Riesgos en función de la situación del paciente:** Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son

8. DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

- Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____