



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** La fístula arteriovenosa consisteix en la unió, mitjançant procediment quirúrgic d'una artèria i una vena, i actualment és l'accés vascular de primera elecció per als pacients que inicien tractament d'hemodiàlisi crònica. L'objectiu del procediment és poder realitzar el tractament substitutiu renal en les millors condicions possibles, i poder aconseguir així una hemodiàlisi adequada.
- 2. Com es realitza?:** Aquesta intervenció es realitza habitualment amb anestèsia local. La situació més comuna de la fístula és a nivell de la nina (radiocefàlica) del braç no dominant, encara que la localització pot variar segons les particularitats i antecedents de cada pacient. Així altres possibilitats són realitzar-les en l'avantbraç, flexura del colze o fins i tot a les cames a nivell de la cuixa. En alguns casos, quan han fallat intents previs de realització de fístules, o bé es considera que un pacient no és candidat per a una fístula convencional, s'insereix una pròtesi fabricada de diferents materials que serveix d'unió entre l'artèria i la vena.
- 3. Quins riscos té?:** Les complicacions més freqüents després de la realització d'una fístula és la formació d'un hematoma, que sol desaparèixer en uns dies si se segueixen les indicacions del seu metge/a especialista. Altres esdeveniments adversos que poden produir-se són:
  - Infeccions, que en el cas de la pròtesi poden obligar a la seua retirada.
  - Trombosi, que si no poguera realitzar-se una desobstrucció de l'abscess seria necessari inserir un catèter per a poder seguir són el tractament d'hemodiàlisi.
  - Edematizació del braç / cama portador de la fístula.
  - Isquèmia distal o síndrome de robatori.
  - Insuficiència cardíaca
  - Pseudoaneurisma de la branca venosa.
- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** La fístula o pròtesi arteriovenosa permetrà administrar-li el tractament d'hemodiàlisi de forma més adequada, amb la finalitat de prolongar i millorar la seua qualitat de vida.
- 5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** La necessitat de realitzar hemodiàlisi obligarà a inserir un catèter (transitori o permanent) o accessos vasculars, que tenen una menor supervivència, majors riscos, i no permeten la realització del tractament d'hemodiàlisi en les condicions ideals
- 6. Alternatives:** En cas de negativa a la realització de la fístula / pròtesi, o bé si en la seua \*saso és impossible realitzar-la, s'haurà d'inserir un catèter d'hemodiàlisi que el seu metge/a especialista l'informarà de si és temporal o permanent.
- 7. Riscos en funció de la situació del pacient:** Altres riscos o complicacions que podrien aparèixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són .....

**8. DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

**DADES PACIENT**

|            |   |         |                   |
|------------|---|---------|-------------------|
| COGNOMS    | NOM                                     | DNI     | DATA DE NAIXEMENT |
| NÚM. SIP   | DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) |         | CP                |
| LOCALITAT: | PROVINCIA                               | TELEFON | CORREU ELECTRÒNIC |

**DADES REPRESENTANT LEGAL**

|         |     |     |                   |                |
|---------|-----|-----|-------------------|----------------|
| COGNOMS | NOM | DNI | DATA DE NAIXEMENT | EN QUALITAT DE |
|---------|-----|-----|-------------------|----------------|

**DADES PROFESSIONAL**

|         |     |                        |                   |
|---------|-----|------------------------|-------------------|
| COGNOMS | NOM | CATEGORIA PROFESSIONAL | NÚM. COL·LEGIACIÓ |
|---------|-----|------------------------|-------------------|

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprès la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant:

- Autoritze la realització d'aquest procediment       No autoritze la realització d'aquest procediment

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el seu representant

Professional sanitari/ària

Signatura:

Signatura: \_

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/ària

Signatura:

Signatura: \_

**RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ**

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Pacient / el seu representant.

Professional sanitari/ària

Signatura:

Signatura: \_