



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** Per a iniciar o continuar la diàlisi peritoneal és imprescindible col·locar un catèter (tub de material plàstic) en el seu abdomen ja que el catèter és l'únic camí possible perquè el líquid de diàlisi entre iisca del seu organisme i es pugua tractar la seua insuficiència renal.
- 2. Com es realitza?:** El procediment més habitual consisteix en la realització, sota anestèsia local, d'una xicoteta incisió prop del melic, a través de la qual s'introduirà el catèter. La part interna del catèter, anomenada porció intraperitoneal, es deixa situada a l'interior de l'abdomen, per a permetre l'entrada i eixida de líquid a través dels seus xicotets orificis. La porció externa del catèter pot eixir directament o a vegades travessar un xicotet túnel subcutani que fixa el catèter per a evitar el seu desplaçament i reduir la possibilitat d'infecció.

Existeixen diferents models de catèters. Els seus metges triaran el que consideren més convenient per a vosté. També existeixen diferents tècniques de col·locació del catèter, segons les característiques de l'abdomen i de la pròpia experiència de cada centre. Els seus metges l'informaran en cas necessari.

- 3. Quins riscos té?:** En casos excepcionals pot aparéixer sagnat o infecció, tant de la zona on s'implante el catèter com de l'interior de l'abdomen. Per a previndre aquests problemes revisarem la coagulació de la seua sang i pautarem antibiòtics abans de la intervenció. En els primers 3 dies després de la intervenció pot notar les lògiques molèsties de la ferida quirúrgica que milloraran amb l'analgèsia que li indique el seu especialista. Durant el primer mes pot notar molèsties ocasionals en la zona baixa del ventre, sobretot si el catèter és del tipus autoposicionant, amb un pes en el seu extrem final. Aquestes molèsties milloren amb analgèsia i desapareixen després d'iniciar la diàlisi.
- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** Fins a l'inici o reinici de la diàlisi haurà d'acudir a la unitat de diàlisi peritoneal cada 7-21 dies per a llavar el catèter i assegurar que no s'obstrueix. Serà informat sobre les cures de la ferida quirúrgica i precaucions per a la seua neteja personal fins que haja cicatritzat. En el moment adequat es retiraran els punts o grapes de la ferida i li ensenyarem com cuidar l'eixida del catèter i com realitzar la diàlisi.

D'altra banda podria ser necessari retirar el catèter una vegada inserit. Si hi ha una infecció és molt perillós no retirar el catèter, podent fins i tot posar en perill la seua vida. Si no retirem el catèter quan no funciona (obstrucció o desplaçament) o quan ja no té utilitat (trasplantament o passe a hemodiàlisi) més endavant pot produir-se una infecció de la pell o fins i tot de l'interior de l'abdomen (peritonitis) i, suposant que el catèter funcione, amb el temps s'obstruirà i deixarà de funcionar. Una complicació greu però extremadament infreqüent és la mort en realitzar aquesta tècnica.

- 5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** La diàlisi peritoneal no podrà dur-se a terme, per la qual cosa la seua vida correrà perill llevat que decidisca realitzar hemodiàlisi (si és que aquesta és possible o recomanable en el seu cas).
- 6. Alternatives:** Inserció d'un catèter d'hemodiàlisi (transitori o permanent), o bé realització d'una fístula arteriovenosa, en cas que siga necessari iniciar el tractament substitutiu renal en breu. La possibilitat de rebre un trasplantament renal com a primera alternativa de tractament és molt excepcional en el moment actual, i depén de la inclusió en una llista d'espera per a rebre un renyó adequat a les seues característiques.
- 7. Riscos en funció de la situació del pacient:** Altres riscos o complicacions que podrien aparéixer, 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: _