

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESAR A
PROGRAMA DE DIÁLISIS CRÓNICA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

Cuando se presenta una enfermedad renal crónica y hay deterioro progresivo e irreversible de la función renal, se puede llegar a un estado en el que el metabolismo o los líquidos en el cuerpo no están en equilibrio. Lamentablemente esta situación no se puede resolver mediante dieta y/o medicamentos. Es necesario entonces iniciar una terapia de sustitución de la función renal o diálisis.

La diálisis es un procedimiento que tiene como objetivo reemplazar algunas funciones de los riñones y aliviar los síntomas. Sin embargo, la diálisis no mejora la función de los riñones, por lo cual se requiere mantención crónica de la terapia. Por lo tanto, en este momento es necesario ingresar a un Programa de Diálisis Crónica.

El Programa de Diálisis Crónica considera la adherencia estricta a los procedimientos indicados según instrucción, una dieta adecuada y el suministro de un régimen individualizado de medicamentos prescritos por el médico.

Es relevante mantener el auto cuidado en los siguientes aspectos:

En el **cuidado del catéter de acceso** (fístula arterio-venosa y/o catéter venoso o peritoneal). Según la instrucción, evitar acciones que favorezcan la infección o daño del acceso.

En la **alimentación e ingesta de líquidos**. Según la instrucción, para conseguir una nutrición adecuada, evitando la sobrecarga de líquidos o alteraciones metabólicas por ingesta de alimentos o bebidas no recomendados.

En el seguimiento de la **terapia medicamentosa**. Según la instrucción, el uso correcto de la terapia para el control de la hipertensión y la anemia, así como de enfermedades concomitantes, si este fuera el caso.

Durante el curso del tratamiento pueden aparecer complicaciones no previstas que requerirán modificar el esquema de diálisis planificado originalmente.

También podría requerir la administración de medicamentos, infusiones, transfusiones de sangre, plasma u otros tratamientos complementarios, considerados necesarios según el criterio del equipo médico.

Usted tiene derecho a ingresar al Programa de estudio de Pre Trasplante, después de iniciado el tratamiento de diálisis, si su edad y estado de salud lo permite.

A pesar de la adecuada realización del procedimiento, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones generales** las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias, neumonía, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Hipotensión transitoria.
- Calambres
- Cefalea
- Sangrados o hematomas locales de acceso vascular
- Disfunción del catéter para hemodiálisis

De Peritoneodiálisis

- Disfunción del catéter peritoneal
- Complicaciones infecciosas como la peritonitis

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre procedimiento de **Diálisis Crónica**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE PROCEDIMIENTO DE DIÁLISIS CRÓNICA, por el

Dr.(a) _____ . **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)