

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FISTULOGRAFÍA DE HEMODIÁLISIS

Identificación del paciente

Nº Historia: DNI:
Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
Sexo: F. Nacimiento:
Fecha:

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en el BOE núm. 274, de 15 de Noviembre del 2002.

Usted tiene derecho a conocer en qué consiste el procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y beneficios de su realización. Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, esté adecuadamente informado de lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el consentimiento informado para realizar la intervención.**

Antes de firmar, es importante que lea despacio y atentamente la información contenida en el mismo ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y nos autoriza a realizarla. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntarnos.

Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a realizar la intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA REALIZACIÓN DE FISTULOGRAFÍA DE HEMODIÁLISIS

Se pone de manifiesto que el Dr./a: _____ de Servicio de RADIOLOGIA VASCULAR e INTERVENCIONISTA me ha informado y explicado el procedimiento y/o intervención al que voy a ser sometido y que se resume en:



La fistulografía de hemodiálisis es una exploración que consiste en pincharle la vena o la arteria de la fístula con una aguja fina. A través de ella, se le introducirá una cantidad variable de líquido (medio de contraste yodado) para poder estudiar la fístula mediante radiografías.

La exploración no necesita anestesia y dura aproximadamente 20 minutos. Puede notar molestias durante la primera parte de la prueba, al realizarse el pinchazo. Durante el resto de la prueba es poco frecuente que note molestias.

La fistulografía permite conocer el estado de su fístula arteriovenosa para la diálisis. Una vez realizada la prueba, permitirá planificar el tratamiento, si éste fuera necesario.

ALTERNATIVAS

En la actualidad, la alternativa a esta exploración sería realizarle una ecografía Doppler, aunque no nos la información tan completa como la fistulografía.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica que estamos realizando:

- Salida del líquido de contraste durante la inyección (extravasación), que puede producirle dolor, la mayoría de las veces sin consecuencias. Sangrado en el sitio de la punción (hematoma).
- Trombosis de las venas estudiadas.

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.
- Raramente graves como alteraciones de los riñones o sensación de ahogo.
- Excepcionalmente la muerte (1 de cada 1.000.000 pacientes).

Por la exposición a los rayos X:

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos y técnicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS:

.....



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º

28009 MADRID, +34 689.038.751

WWW.SERVEI.ORG

SECRETARIA@SERVEI.ORG

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de **FISTULOGRAFÍA DE HEMODIÁLISIS** y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA PRUEBA

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

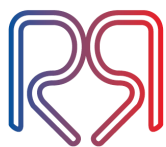
D. /Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D. /D^a. (Nombre y dos apellidos del paciente)

_____ de _____ años de edad, con domicilio



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º

28009 MADRID, +34 689.038.751

WWW.SERVEI.ORG

SECRETARIA@SERVEI.ORG

en _____ y DNI nº _____ en calidad de
(representante legal, familiar o allegado) _____ de
(Nombre y dos apellidos del paciente)

_____ REVOCO el consentimiento otorgado en
fecha _____, para la realización de _____ y
() deseo / () no deseo proseguir el tratamiento.

En Toledo, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo.

Dr/a: _____