



ID PACIENTE: \_\_\_\_\_ ID EPISODIO: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Pacientes Internados Diálisis en Pacientes Agudos

**Nombre y Apellido del Paciente:**.....  
**Tipo de Documento:** ..... **Nº**.....  
**Centro de Diálisis:** .....  
**Domicilio:**.....

**Internado en:**.....  
**Fecha y Hora de la Firma:** .....  
**Fecha y Hora de Entrega:** .....

Estimado paciente:

El Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, le recuerda algunas consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

**Un consentimiento informado** es el permiso que otorga el paciente o su familia para acceder a una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias.

Por lo tanto, lo invitamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y/o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud.

**No firme** sin antes recibir las respuestas necesarias.

### Expresión de Consentimiento Informado para Diálisis en Pacientes Crónicos:

Luego de haber sido suficientemente informado/a por el Dr./a.....  
respecto de:

**1.** El diagnóstico de.....  
efectuado con la información que se ha podido obtener.

**2.** Soy consciente que sufro de una **enfermedad renal que requiere reemplazar la función que deberían realizar mis riñones**. La enfermedad no me permite que mis riñones funcionen como deberían hacerlo para eliminar impurezas y desechos de mi sangre.

**3.** El Equipo médico me ha explicado el procedimiento necesario para tratar mi condición y entiendo que el tratamiento para reemplazar la función de los riñones es **la hemodiálisis o diálisis peritoneal**, que implica el pasaje de la sangre a través de un dispositivo especial, el filtro de diálisis, membrana peritoneal, riñón artificial propiamente

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Pacientes Internados Diálisis en Pacientes Agudos

dicho o cicladora, que actúa eliminando las impurezas o tóxicos y el exceso de líquidos que se acumulan en el organismo. Este tratamiento se realiza en el centro de líquidos que se acumulan en el organismo. Este tratamiento se realiza en el centro de diálisis o en la sala de internación en la cual me encuentro, con una periodicidad y duración que se indica en cada caso. Alternativamente se pueden emplear **tratamientos continuos lentos de hemodiálisis, hemofiltración o diálisis peritoneal.**

4. Entiendo que cualquier tratamiento de **diálisis no curará** la enfermedad de base ni la enfermedad renal, **no evitará** la progresión o la aparición de otras enfermedades, relacionadas o no con el procedimiento. La aplicación se fundamenta en liberar el organismo de los tóxicos que no realizan los riñones en la condición actual, hasta tanto estos eventualmente recuperen la función se acepte la falla crónica de la función renal.

5. Con el tratamiento propuesto se ofrece sustituir **algunas** de las funciones (no todas que los riñones no están realizando).

6. Me han informado que para la realización de **hemodiálisis o diálisis peritoneal** debe practicarse la implementación de uno o más accesos vasculares, condicionados a la urgencia del requerimiento y a las condiciones de paciente. El acceso vascular más frecuente en pacientes agudos es el carácter de doble vía o Tenckhoff. Estos accesos vasculares tienen una duración que depende de varias condiciones entre las cuales se destacan el cuidado que le brinde el paciente.

7. También me han informados la existencia de ciertos riesgos asociados con estos procedimientos sustitutivos:

- a) La Posibilidad de sufrir la infección en el lugar de punción o implante del acceso vascular.
- b) Una mayor predisposición, por la disminución de las defensas que habitualmente acompaña la enfermedad renal y las características de los tratamientos, a padecer enfermedades provocadas por diferentes organismos infecciosos como virus, bacterias y hongos.
- c) La posibilidad de pérdidas de sangre o complicaciones con el circuito de hemodiálisis que la misma sangre recorrerá por fuera de mi cuerpo (agujas, catéteres, tabuladoras y filtros).

8. Tomo conocimiento que es práctica habitual de los centros de diálisis reusar los dializadores, **de acuerdo a la ley de diálisis 22853**, para lo cual se cumple los procedimientos técnicos adecuados.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Pacientes Internados Diálisis en Pacientes Agudos

**9.** Me comprometo a notificar inmediatamente a mi médico o equipo tratante cualquier efecto extraño, reacción adversa o problemas que pudiera padecer y que pudiera o no estar relacionados con estos tratamientos.

**10.** Entiendo los motivos y autorizo a realizar todos los estudios de laboratorios, de rutina y especiales, que el equipo tratante considere necesario y con la frecuencia que dicten las normas del servicio, para controlar mi evolución clínica e investigar la presencia o ausencia de serologías virales como la del **HIV-SIDA (Ley 23.798, Art. 6°) y distintas variedades de hepatitis.**

**11.** También tomo conocimiento y acepto que “**por razones de servicio**” puede surgir cambios en el cronograma del tratamiento y que ello implicaría la necesidad de eventuales modificaciones en los horarios o días de mi tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal. Me comprometo a aceptar esos cambios siempre y cuando los mismos no signifiquen un considerable trastorno o pudieran perjudicar en la evolución de mi enfermedad.

**12.** Tengo conocimiento y reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que ninguna persona de este equipo médico tratante me ha dado ninguna garantía, expresa o insinuada, de curación, resultado exitoso que excedan las posibilidades de estos tratamientos y que, más aún, se puede esperar cierta incomodidad y síntomas persistentes o agregados como parte de la evolución de la enfermedad

Reconozco que he podido leer este formulario disponiendo del tiempo que necesité, que comprendo todo lo anterior por haberlo consultado con quienes lo creí conveniente, que he formulado las preguntas que considere necesarias con respecto a los tratamientos propuestos y que me han ofrecidos que puedo realizar más preguntas tanto ahora como durante todo el tiempo que el tratamiento. Doy mi pleno consentimiento para que el equipo tratante del centro de diálisis administre el tratamiento de diálisis y los cuidados y tratamientos complementarios que pueda requerir para mi más efectiva y correcta atención.

.....  
**Firma del Paciente**

.....  
**DNI – Aclaración**

.....  
**Firma de un familiar**

.....  
**DNI – Aclaración**

.....  
**Firma del Médico**

.....  
**DNI – Aclaración**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Pacientes Internados Diálisis en Pacientes Agudos

.....  
**Firma de otra Persona Independiente      DNI – Aclaración**

(\*) Conforme Art. 59 del Código Civil y Comercial de la Nación y Ley de Derechos del Paciente 26529, art. 6° modificado por Ley 26742: En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido).

- a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida;
  - b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - c) Cualquiera de los padres;
  - d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - f) Cualquiera de los abuelos;
  - g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive;
  - h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive;
  - i) El representante legal, tutor o curador;
- El vínculo deberá ser debidamente acreditado.