

Consentimiento Informado CIRUGÍA ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS (FAV)

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

La cirugía que se me va a realizar (crear una fístula arterio - venosa para hemodiálisis) se debe a que sufro de una insuficiencia renal crónica que me impide eliminar las toxinas y productos que habitualmente se excretan por la orina y que en estos casos es necesario suplir la función de sus riñones mediante diálisis periódica.

Características

Para ello es preciso facilitar un acceso vascular fácil de pinchar y por el que circule sangre en cantidad y presión adecuada para que pueda ser extraída y derivada a un sistema de filtro sanguíneo (dializador) para ser devuelta al torrente circulatorio depurada.

El tipo de anestesia para este procedimiento es la anestesia local que le aplicará el mismo cirujano.

También se me ha explicado que existen diversas opciones técnicas para crear un acceso vascular para hemodiálisis, pero que el más común consiste en la unión mediante sutura de una vena y arteria superficiales en la extremidad superior, lo que se conoce como fístula arterio-venosa. En algunos casos se debe lograr mediante la interposición de una prótesis sintética.

Riesgos

Ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos, a pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta utilización y que en el caso de las fístulas arterio-venosas las complicaciones esperables son:

- Obstrucción de la fístula que obligue a una re - operación
- Dilatación excesiva de la vena (aneurisma venoso)
- Falta de dilatación suficiente de la vena
- Obstrucción tardía
- Sangramiento post operatorio

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal