

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fistula Arterio Venosa

FL-CDM-29

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

La Fístula Arteriovenosa (FAV) es una vía de acceso vascular que le permitirá realizarse diálisis periódicas reemplazando la función de su riñón deteriorado.

EN QUE CONSISTE LA FISTULA ARTERIO VENOSA

La Fístula Arteriovenosa (FAV) es un procedimiento quirúrgico que consiste en la unión de una vena con una arteria. La ubicación más frecuente es a nivel del antebrazo, pero esta puede variar según las condiciones anatómicas, del capital venoso u otras condiciones previas del paciente, pudiendo realizarse a nivel del pliegue de codo, brazo o muslos. De no tener venas adecuadas se usa un material protésico (politetrafluoroetileno) para confeccionar este acceso.

La Fístula Arteriovenosa (FAV) requiere un periodo de maduración de a lo menos 30 días antes de poder iniciar su uso para hemodiálisis, por lo que de requerida antes de este periodo se deberá instalar un catéter especial para ello.

Es posible que durante la cirugía se deba realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios, para proporcionar así un acceso lo más adecuado posible.

RIESGOS DE LA FISTULA ARTERIOVENOSA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.).

Existen complicaciones propias de esta cirugía, como el hematoma, edema de la extremidad (habitualmente transitorio), síndrome de robo (disminución de la irrigación de la extremidad), lesiones neurológicas, Pseudoaneurismas anastomósico (dilatación a nivel de la unión arteriovenosa), algunas de las cuales pueden requerir algún tipo de reintervención quirúrgica.

Después de este periodo una vez iniciada la diálisis las complicaciones que se puedan presentar no son atribuibles a un problema quirúrgico sino a condiciones propias del paciente y las retiradas punciones a las que es sometido este acceso.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En su caso, la mejor opción es la cirugía.


He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que atenderá con mucho gusto.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Fistula Arterio Venosa	FL-CDM-29
		Rev. 03

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO:
Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **FISTULA ARTERIO VENOSA**.
Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **FISTULA ARTERIO VENOSA**.
En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____
Firma Paciente y/o Representante Legal _____
Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:
Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)
o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)
en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) **(Nombre y dos apellidos del paciente)**
RECHAZO: y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con **FISTULA ARTERIO VENOSA**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.
En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____
Firma Paciente y/o Representante Legal _____
Nombre y Firma Médico _____

REVOCACION
Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)
o el Sr./Sra _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)
en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) **(Nombre y dos apellidos del paciente)**
REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ autorizo proseguir con el tratamiento.
En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____
Firma Paciente y/o Representante Legal _____
Nombre y Firma Médico _____