

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-29

Fistula Arterio Venosa

Rev.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

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

CARACTERÍSTICAS DE LA FISTULA ARTERIO VENOSA (En qué consiste)

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 intraoperatorios, para proporcionar así un acceso lo más adecuado posible

RIESGOS POTENCIALES DE LA FISTULA ARTERIO VENOSA

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 arterio-venosa), 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.

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 le atenderá con mucho gusto.

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 identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-29

Fistula Arterio Venosa

Rev.04

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Fistula Arterio Venosa**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Fistula Arterio Venosa**.

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **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 o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)