

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL

Don/Dña.....

Este procedimiento se realiza para iniciar o continuar la diálisis peritoneal, después que esta haya sido elegida por usted y su médico como tratamiento sustitutivo de su insuficiencia renal crónica. Para ello, es preciso colocarle un catéter (tubo de material sintético) en la cavidad abdominal. Se realiza con anestesia local, mediante una incisión en el abdomen, a través de la cual se introduce el catéter en el peritoneo (membrana que recubre el interior de la cavidad abdominal). Se trata de un procedimiento sencillo que solo le ocasionará ligeras molestias propias del pinchazo de la anestesia y la incisión. Su duración es aproximadamente de una hora.

Durante la colocación del catéter puede presentarse **complicaciones**: algunas frecuentes pero leves como pequeños sangrados o hematomas y otras muy poco frecuentes pero más graves como, hemorragias por lesión de un vaso de mayor calibre o perforación de algún tramo del intestino, necesitando en estos casos una intervención quirúrgica para ser reparada, situación que puede excepcionalmente poner en peligro su vida.

En condiciones habituales Vd ingresará en la mañana de la intervención en la Unidad de Medicina Ambulatoria y será dado de alta por la tarde después de permanecer unas horas en observación. Solo excepcionalmente será preciso prolongar la estancia intrahospitalaria.

**DECLARO** que he sido informado por el Dr/Dra..... en fecha..... del procedimiento de **COLOCACIÓN DE CATETER PERITONEAL PARA LA REALIZACIÓN DE DIÁLISIS PERITONEAL**, igualmente de los beneficios que se esperan de su aplicación y de los riesgos que comporta su realización.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas.

En consecuencia doy mi consentimiento a que me practiquen el procedimiento arriba mencionado y les autorizo a tomar las medidas oportunas en caso de complicaciones para mantenerme con vida o evitarme daño. Sé que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

Firmo en Madrid a.....de.....de 20.....

Firma del paciente

**Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:**

Nombre de la persona autorizada(tutor legal o familiar):.....

DNI nº.....en calidad de .....

Firma de la persona autorizada

Fecha

**NEGATIVA PARA LA PRÁCTICA DE COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL**

**Don/Dña**.....manifiesto, que he sido informado por el **Dr/Dra**.....**en fecha**..... del procedimiento de colocación de catéter para la diálisis peritoneal así como de los beneficios y riesgos que se esperan de su aplicación e igualmente de las consecuencias que se derivarán de su no realización. He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido resueltas. **Declarando mi negativa** para que se practique el procedimiento arriba mencionado, asumiendo las complicaciones que de esta decisión puedan derivarse.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona autorizada (tutor legal o familiar):

.....

.....DNI nº .....en calidad de .....

Firma del paciente o persona autorizada.

Fecha.....

Si Vd. Reconoce haber recibido una información adecuada y acepta la colocación de catéter para la diálisis peritoneal, pero rehúsa firmar este consentimiento, o quiere hacernos alguna indicación concreta, indique, por favor, los motivos de esta decisión.

.....

**Nombre y firma del testigo**.....

**Nombre y firma del médico**.....