



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

PROYECTO
GMAX CLINIC C.A
TÍTULO
CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTES
DEL ÁREA DE HEMODIÁLISIS

N°. DE DOCUMENTO
MDCF:0000

LADA

CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTES DEL ÁREA DE HEMODIÁLISIS

Nombre y Apellido del Paciente: _____

N.º De Historia: _____

Área de Hemodiálisis: _____

Domicilio: _____

Hospitalizado en: _____

Fecha y Hora de la Firma: _____

Fecha y Hora de Entrega: _____

Estimado Paciente:

GMAX CLINIC C.A, le invita hacer de su conocimiento, 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 consisten los Riesgos, Beneficios, Limitaciones y Posibles Consecuencias derivada de los mismos.

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 aconsejados por los Profesional de la salud.

NO FIRMAR: sin antes recibir las respuestas necesarias.

Expresión de Consentimiento Informado para Hemodiálisis en Pacientes Crónicos:

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

El Diagnóstico de _____, se ha efectuado con la información obtenida.

1. Soy consciente que sufro de una **Enfermedad Renal**, que requiere reemplazar las funciones que deberían realizar mis Riñones. La Enfermedad no permite el correcto funcionamiento de los mismos, ni la eliminación de Impurezas y Desechos tóxicos de mi Sangre.
2. El Equipo Médico me ha explicado que el Procedimiento para Reemplazar las Funciones de los Riñones, en el Área de Hemodiálisis de GMAX CLINIC, C.A., es el siguientes:

La Hemodiálisis: tratamiento con Riñón Artificial, que implica el pasaje de la Sangre a través de un Dispositivo Especial; el filtro de Hemodiálisis o riñón Artificial



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

PROYECTO
GMAX CLINIC C.A
TÍTULO
**CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTES
DEL ÁREA DE HEMODIÁLISIS**

N°. DE DOCUMENTO
MDCF:0000

LADA

propiamente dicho que actúa eliminando las Impurezas o Toxinas y el exceso de Líquidos que se acumulan en el Organismo. Este tratamiento de diálisis se realiza en el Área de Hemodiálisis de GMAX CLINIC, C.A., con una Periodicidad y Duración que se Indica en Cada Caso.

3. Entiendo que cualquier **Tratamiento de Diálisis Crónica, no Curará ni Evitará la Progresión de la Enfermedad**, ni la aparición de otras Enfermedades, relacionadas o no con el procedimiento.
4. Con el Tratamiento propuesto se me ofrece, **sustituir algunas** de las funciones (**no todas**) que los Riñones ya no pueden realizar.
5. La decisión de no aceptar o continuar el tratamiento sustitutivo que se me ofrece, implica el riesgo de mortalidad, ya que la vida por debajo de cierto umbral de función renal no es viable sin recurrir a algunas modalidades de tratamientos de reemplazo renal.
6. Entiendo que cada modalidad tiene sus **Indicaciones, Ventajas, Riesgos y Consecuencias**.
7. Se me ha informado que para la realización de Hemodiálisis debe practicarse la implantación de uno o más Accesos Vasculares (FISTULA ARTERIO VENOSAS), condicionado a la Urgencia del requerimiento y a las condiciones del Paciente. Los Accesos Vasculares se realizan en las Venas para permitir un Flujo de Sangre que permite llevar a cabo la depuración de la Sangre en un tiempo aceptable. Este procedimiento requiere de una intervención quirúrgica.
8. Asimismo, se me ha hecho saber, que en ocasiones pudiera necesitar Transfusiones de Sangre; en cuyo caso el Equipo Tratante me notificara con anticipación, *tomando todos* los recaudos para evitar la transmisión de *Enfermedades Infectocontagiosas*. La transfusión será realizada por un Hemo-Terapeuta debidamente facultado.
9. Estoy en conocimiento, que vista mi enfermedad de insuficiencia renal crónica o aguda, poseo la predisposición por la disminución de las defensas que habitualmente acompaña la Enfermedad, a padecer enfermedades provocadas por diferentes Organismos Infecciosos como Virus, Bacterias y Hongos.
10. Se me ha informado, que pudiera existir la posibilidad de complicaciones, por la pérdida de la sangre que recorrerá por fuera de mi cuerpo a través del circuito de hemodiálisis.
11. Comprendo que es necesario que, como Paciente Renal de Diálisis, debo cumplir ciertas restricciones con respectos a la Ingesta de Alimentos, Líquidos y otras sustancias como Medicamentos. Es responsabilidad mía como paciente cumplir las indicaciones dadas por los Profesionales y todo el personal Médico, para evitar las posibles complicaciones resultantes del no cumplimiento de dichas indicaciones. Comprendo la importancia de cumplir **con la Medicación** y las **Sesiones Adecuadas de Diálisis**, sesiones que puede variar con el tiempo y la situación clínica y que implica una estrecha relación con el **“Tiempo” de Duración (en Horas)** y la cantidad de sesiones de Hemodiálisis, Me comprometo a seguir estrictamente las indicaciones que me hagan,



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

PROYECTO
GMAX CLINIC C.A
TÍTULO
**CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTES
DEL ÁREA DE HEMODIÁLISIS**

N°. DE DOCUMENTO
MDCF:0000

LADA

reconociendo, tal como se me han explicado detalladamente, que la falta de cumplimientos de las mismas puede significar la aparición en el Corto, Mediano o Largo plazo de complicaciones que implica un grave riesgo para mi Evolución Clínica y un mal pronóstico para mi calidad de vida. Se me ha hecho de mi conocimiento, que como paciente soy responsable de las consecuencias que pudieran ocurrir como resultado del incumplimiento de las indicaciones realizadas por el Equipo Asistencial.

12. Me comprometo a notificar inmediatamente a mi Médico o Equipo Tratante cualquier efecto extraño, reacción adversa o problemas que pudiera padecer y que pudieran o no estar relacionados con estos Tratamientos.
13. Entiendo los Motivos y Autorizo a realizar todos los Estudios de Laboratorio, de Rutina y Especiales, que el Equipo Tratante considere necesario y con la frecuencia que dicten las normas del Área de Hemodiálisis de GMAX CLINIC, C.A, para controlar mi Evolución Clínica e Investigar la presencia o ausencia de Serología Virales como las del *HIV-SIDA, Hepatitis B y C* y distintas *Variedades de Hepatitis*.
14. Comprendo la necesidad de tener un buen comportamiento en el Área de Hemodiálisis y me comprometo a ser solidario con mis compañeros de tratamiento y los responsables del Área de Hemodiálisis. Me comprometo a respetar y acatar las indicaciones ante previstas, Urgencias o Pedidos que me pudieran surgir.
15. Entendiendo perfectamente que las sugerencias o pedidos que me pudieran hacer el Equipo Tratante, no Perjudicarán mí Tratamiento e Intentarán Evitar Males Mayores para mí y para el resto de los pacientes, teniendo en cuenta que privara siempre el sentido del bien común.



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

PROYECTO
GMAX CLINIC C.A
TÍTULO
**CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTES
DEL ÁREA DE HEMODIÁLISIS**

N°. DE DOCUMENTO
MDCF:0000

LADA

16. También, se me notifico y acepto que por **“razones de servicio”** pueden surgir cambios en el funcionamiento del Área de Hemodiálisis y que ello implicaría la necesidad de eventuales modificaciones en los horarios o días de mi tratamiento de hemodiálisis. Me comprometo a aceptar esos cambios, siempre y cuando los mismos no signifiquen un considerable trastorno o pudieran **perjudicar en la actividad o trabajo** que pudiera estar desarrollando.

17. Tengo conocimiento y reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que ninguna persona de este equipo de médicos tratantes me ha dado ninguna garantía, expresa o insinuada, de curación o resultado exitoso, que excedan las posibilidades de estos tratamientos.

18. Reconozco que he tenido la posibilidad de leer este formulario detalladamente, 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 preferido que puedo realizar más preguntas cuando lo considere necesario, durante todo el curso del tratamiento, acerca de los aspectos que aquí fueron descriptivos como de cualquier tema vinculado a mí tratamiento. Doy mi pleno consentimiento para que el equipo tratante de GMAX CLINIC C.A., administre el tratamiento de diálisis y los cuidados y/o tratamientos complementarios que pueda requerir para mi más efectiva y correcta atención.

Paciente: _____ N° Cédula de Identidad _____ Firma _____

Familiar: _____ N° Cédula de Identidad _____ Firma _____

Medico: _____ N° Cédula de Identidad _____ Firma _____

Testigo: _____ N° Cédula de Identidad _____ Firma _____