|  |  |
| --- | --- |
|  | **NEFROLOGÍA**  **FÍSTULA ARTERIOVENOSA – INJERTO PROTÉSICO** |
| **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**   1. **¿Qué es?:** La fístula arteriovenosa consiste en la unión, mediante procedimiento quirúrgico de una arteria y una vena, y actualmente es el acceso vascular de primera elección para los pacientes que inician tratamiento de hemodiálisis crónica*.* El objetivo del procedimiento es poder realizar el tratamiento sustitutivo renal en las mejores condiciones posibles, y poder conseguir así una hemodiálisis adecuada. 2. **¿Cómo se realiza?:** Estaintervención se realiza habitualmente con anestesia local. La situación más común de la fístula es a nivel de la muñeca (radiocefálica) del brazo no dominante, aunque la localización puede variar según las particularidades y antecedentes de cada paciente. Así otras posibilidades son realizarlas en el antebrazo, flexura del codo o incluso en las piernas a nivel del muslo. En algunos casos, cuando han fallado intentos previos de realización de fístulas, o bien se considera que un paciente no es candidato para una fístula convencional, se inserta una prótesis fabricada de diferentes materiales que sirve de unión entre la arteria y la vena. 3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Las complicaciones más frecuentes tras la realización de una fístula es la formación de un hematoma, que suele desaparecer en unos días si se siguen las indicaciones de su médico/a especialista. Otros eventos adversos que pueden producirse son:  * Infecciones, que en el caso de la prótesis pueden obligar a su retirada. * Trombosis, que si no pudiera realizarse una desobstrucción del absceso sería necesario insertar un catéter para poder seguir son el tratamiento de hemodiálisis. * Edematización del brazo / pierna portador de la fístula. * Isquemia distal o síndrome de robo. * Insuficiencia cardiaca * Pseudoaneurisma de la rama venosa.  1. **Consecuencias previsibles de su realización:** La fístula o prótesis arteriovenosa permitirá administrarle el tratamiento de hemodiálisis de forma más adecuada, con el fin de prolongar y mejorar su calidad de vida. 2. **Consecuencias previsibles de su no realización:** La necesidad de realizar hemodiálisis obligará a insertar un catéter (transitorio o permanente) o accesos vasculares, que tienen una menor supervivencia, mayores riesgos, y no permiten la realización del tratamiento de hemodiálisis en las condiciones ideales. 3. **Alternativas:** En caso de negativa a la realización de la fístula / prótesis, o bien si en su saso es imposible realizarla, se deberá insertar un catéter de hemodiálisis que su médico/a especialista le informará de si es temporal o permanente. 4. **Riesgos en función de la situación del paciente:** Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son ……………………………. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **NEFROLOGÍA**  **FÍSTULA ARTERIOVENOSA – INJERTO PROTÉSICO** | | | | | | | |
| 1. ***DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO*** | | | | | | | | | |
| ***DATOS PACIENTE*** | | | | | | | | | |
| *APELLIDOS* | | | | *NOMBRE* | | DNI | | *FECHA DE NACIMIENTO* | |
| *Nº SIP* | *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)* | | | | | | | CP | |
| *LOCALIDAD* | | | *PROVINCIA* | | *TELÉFONO* | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | |
| ***DATOS REPRESENTANTE LEGAL*** | | | | | | | | | |
| *APELLIDOS* | | | *NOMBRE* | | DNI | | *FECHA NACIMIENTO* | *EN CALIDAD DE* | |
| ***DATOS PROFESIONAL*** | | | | | | | | | |
| *APELLIDOS* | | | *NOMBRE* | | *CATEGORÍA PROFESIONAL* | | | | *NÚM. COLEGIACIÓN* |
| *DECLARO que:*   * *Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento* * *He comprendido la información recibida* * *He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas* * *Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento Por lo tanto:*   ⬜ *Autorizo la realización de este procedimiento* ⬜ *No autorizo la realización de este procedimiento*  , de de    *Paciente / su representante. Profesional sanitario/a*  Firma: Firma: | | | | | | | | | |
| ***REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO*** | | | | | | | | | |
| *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada*  , de de    *Paciente / su representante. Profesional sanitario/a*  Firma: Firma: | | | | | | | | | |
| ***RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN*** | | | | | | | | | |
| *Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.*  , de de    *Paciente / su representante. Profesional sanitario/a*  Firma: Firma: | | | | | | | | | |

*En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta*

*Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.*