|  |  |
| --- | --- |
|  |  **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.*