|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SS 2020 | **SUBDIRECCCIÓN DE MEDICINA PERIOPERATORIA****CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA** **COLOCACIÓN DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL****BD21319_****UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  | Descripción: INR 2020  |

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Edad: \_\_\_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Por mi propio derecho, en pleno uso de mis facultades y por mi libre decisión otorgo la autorización que conforme a derecho corresponda, a efecto de que el personal médico y de enfermería adscrito al Instituto Nacional de Rehabilitación, me realice el procedimiento que consiste en:

**COLOCACIÓN DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL**

Que es vital para mi persona y necesario para mi recuperación física.

No omito manifestar que tengo amplio conocimiento de los **riesgos potenciales** a los que estoy expuesto con la colocación del catéter de diálisis peritoneal, que van desde la reacción local del sitio de abordaje por el antiséptico empleado, infección en el sitio de abordaje, punción de vasos sanguíneos de la pared abdominal, formación de hematoma en caso de compromiso de la coagulación hasta perforación intestinal e incluso de la arteria aorta y peritonitis. Lo anterior pudiera limitar mi recuperación o poner en riesgo mi vida asimismo tiene la posibilidad de disfunsionar y ser necesario su recolocación o manipulación.

Los beneficios de la diálisis peritoneal son:

Eliminación de líquidos y substancias tóxicas que normalmente el riñón elimina lo que redundara en mi pronta recuperación.

De la misma forma me informan que de no aceptar la diálisis peritoneal comprometeré el funcionamiento de otros órganos vitales como son cerebro, corazón y pulmones que me pueden causar la muerte.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE TESTIGO

Y/O RESPONSABLE LEGAL

 NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

 CEDULA PROFESIONAL