

# Consent to Reuse of Hemodialysis Filters

---

I, *(name of patient)* \_\_\_\_\_, am a patient at  
*(name of facility)* \_\_\_\_\_.

I hereby certify that *(name of facility staff person)* \_\_\_\_\_ has fully explained to me this facility's dialyzer reuse process. I understand that the facility's written policies and reuse procedures are available to me upon request.

I understand that a reused dialyzer will be used only by the same patient again. I understand that single-use dialyzers are recommended by the dialyzer manufacturer for one-time use only. I have been told and I understand the advantages and disadvantages associated with the reuse of dialyzers, some of which include:

- a. Entry of a residual amount of *(name of disinfectant chemical used)* \_\_\_\_\_, the long-term effects of which are unknown.
- b. The increased possibility of infection and/or fever-producing reactions if procedures are not correctly followed at this dialysis facility.
- c. A lower incidence of back and chest pains, cramps, fever, sweating, blood pressure problems, nausea and/or vomiting often associated with the initial use of a dialyzer in hypersensitive patients.

Additional Information: \_\_\_\_\_

---

---

I understand that I have the following patient rights regarding the reuse of dialyzers which shall be adhered to by this facility and include:

- a. The right to ask questions at any time about dialysis reuse and reprocessing procedures, and to receive answers which fully, fairly and understandably respond to such questions.
- b. The right to withdraw authorization for dialysis reuse by oral request, followed by a written notice to the supervising practitioner for any reason.
- c. The right to file a written complaint with the dialysis facility and the California Department of Public Health, Licensing and Certification Division, and to expect a resolution of the complaint by the dialysis facility.
- d. The right to expect safe and effective reprocessing of the dialyzer.
- e. The right to know the number of times the dialyzer has been reprocessed prior to each dialysis treatment.
- f. The right not to participate in the dialysis facility's reuse program without abridgement of any service of the facility.

(over)

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(*patient/legal representative*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_  
(*legal representative*)

**A COPY OF THIS FORM MUST BE GIVEN TO THE PATIENT.  
THE ORIGINAL MUST BE PLACED IN THE MEDICAL RECORD.**

Reference: Title 22, California Code of Regulations, Sections 75172-75208

# Consentimiento para la Reutilización de los Filtros de Hemodialisis

---

Yo, (*nombre del paciente*) \_\_\_\_\_, soy paciente en (*nombre de la institución*) \_\_\_\_\_. Por medio de la presente doy fé de que (*nombre de miembro del personal de la institución*) \_\_\_\_\_ me ha explicado plenamente el proceso de reutilización del dializador de esta institución. Entiendo que con sólo solicitarlas, me están disponibles por escrito las normas y los procedimientos de reutilización de la institución.

Entiendo que un dializador reutilizado será usado de nuevo únicamente por el mismo paciente. Entiendo que los fabricantes de los dializadores de un solo uso recomiendan que éstos sean usados una sola vez. Me han informado y entiendo las ventajas y desventajas asociadas con la reutilización de los dializadores, entre las cuales se cuentan:

- a. Penetración de una cantidad residual de (*nombre del desinfectante químico usado*) \_\_\_\_\_, cuyos efectos a largo plazo se desconocen.
- b. Una mayor posibilidad de infección y/o reacciones febriles si el procedimiento no es seguido correctamente en esta institución de diálisis.
- c. Una menor incidencia de dolores en la espalda y en el pecho, calambres, fiebre, sudor, problemas de presión sanguínea, náusea y/o vómito, los cuales frecuentemente están asociados con el uso inicial de un dializador en pacientes hipersensibles.

Información adicional: \_\_\_\_\_

---

---

Entiendo que tengo los siguientes derechos de paciente respecto a la reutilización de dializadores, los cuales serán respetados por esta institución, y que incluyen:

- a. El derecho a hacer preguntas en cualquier momento acerca de los procesos de reutilización y reprocesamiento de diálisis, y a recibir respuestas que contesten dichas preguntas de manera completa, imparcial y comprensible.
- b. El derecho a retirar, por cualquier motivo, mi autorización para la reutilización en la diálisis mediante solicitud verbal, seguida por un aviso por escrito al técnico supervisor.
- c. El derecho a presentar una queja por escrito ante la institución de diálisis y el Departamento de Salud Pública de California, División de Licencias y Certificaciones, y de anticipar una resolución a la queja por parte de la institución de diálisis.
- d. El derecho a esperar una reutilización del dializador que sea segura y eficaz.
- e. El derecho a saber el número de veces que el dializador ha sido reprocesado antes de cada tratamiento de diálisis.
- f. El derecho a no participar en el programa de reutilización de la institución de diálisis sin ninguna reducción en ninguno de los servicios por parte de la institución.

(sobre)

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*paciente o representante legal*)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(*representante legal*)

**A COPY OF THIS FORM MUST BE GIVEN TO THE PATIENT.  
THE ORIGINAL MUST BE PLACED IN THE MEDICAL RECORD.**

Reference: Title 22, California Code of Regulations, Sections 75172-75208