

6816

6816

PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDÍACO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCESO DE TRASPLANTE

Me están considerando como candidato para trasplante cardíaco con el Programa de Trasplante de Hartford Hospital. El propósito de este consentimiento informado es resumir la información que me han dado sobre el proceso de trasplante, incluidos el proceso de evaluación, el procedimiento quirúrgico y los riesgos involucrados. Estoy consciente de que no se me puede considerar como candidato apto para trasplante hasta que el proceso de evaluación esté completo.

El proceso de evaluación

Reconozco que he firmado el Consentimiento para la Evaluación para trasplante cardíaco _____

Reconozco que he recibido y revisado los documentos educativos e informativos a continuación:

- _____ Manual de Trasplante cardíaco
- _____ Preguntas y respuestas para los candidatos a trasplante y sus familias sobre la Transferencia de Tiempos de espera y las Listas múltiples
- _____ Educación sobre cuidados postrasplante (Educación sobre enfermedades infecciosas)

El procedimiento quirúrgico

Reconozco que a través de las reuniones y sesiones educativas mencionadas arriba, me han informado sobre:

- (1) la naturaleza y el propósito de la operación de trasplante;
- (2) los riesgos psicosociales, incluidos, entre otros: ansiedad, depresión, estrés postraumático, carga financiera;
- (3) la lista de espera y el rango de tiempos de espera;
- (4) el tratamiento disponible para mí mientras espero el trasplante;
- (5) la necesidad de anestesia;
- (6) el tiempo quirúrgico estimado;
- (7) dolor/molestias posquirúrgicos y opciones para el control del dolor después de la cirugía;
- (8) la duración estimada para la estadía en el hospital y el tiempo de recuperación estimado;
- (9) restricciones potenciales en el período postoperatorio y la vuelta a todas las actividades;
- (10) medicamentos, pruebas y cuidado de seguimiento requeridos postrasplante para prevenir el rechazo y el cuidado de mi trasplante;
- (11) los riesgos conocidos y las consecuencias de la cirugía de trasplante, incluido el hecho de que la cirugía de trasplante puede no alcanzar el objetivo deseado.

Me han informado específicamente que los riesgos de la cirugía de trasplante pueden incluir, entre otros:

- Insuficiencia temprana del órgano trasplantado que requiere soporte circulatorio mecánico,
- riesgos de la anestesia,
- neumonía,
- coágulos sanguíneos,
- insuficiencia renal,
- infección de la herida,
- sangrado,
- acumulación de líquido,
- reoperaciones o retrasplante,
- rechazo,
- apoplejía,
- muerte.

Me han informado sobre otras complicaciones posibles relacionadas con la cirugía de trasplante que no se han listado arriba.

Entiendo que si me aceptan como candidato para trasplante en Hartford Hospital, los riesgos de la cirugía se volverán a analizar conmigo y me pedirán que firme un formulario de consentimiento específico relacionado con el procedimiento quirúrgico.

Iniciales del paciente _____

6816

6816

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCESO DE TRASPLANTE

Tratamientos alternativos

Se han analizado conmigo los tratamientos alternativos y los riesgos y beneficios de tales alternativas. Entiendo que estas alternativas incluyen el manejo médico de la insuficiencia cardíaca en el largo plazo y/o el soporte circulatorio mecánico, y que puedo buscar más información sobre estas alternativas en cualquier momento.

Riesgos y complicaciones

Los riesgos de la terapia de trasplante cardíaco incluyen, pero pueden no limitarse a:

1. Infección, rechazo del órgano, insuficiencia del órgano, malignidad, muerte, ataque cardíaco, hipertensión, colesterol aumentado, diabetes, aumento de peso, depresión, insomnio, ansiedad, osteoporosis, insuficiencia renal, y otros efectos secundarios potenciales que pueden ser causados por la inmunosupresión (medicamentos tomados para evitar el rechazo del órgano).
2. Hospitalización prolongada y repetida que puede estar causada, entre otros, por infecciones, fiebre, reacción a los medicamentos o la incapacidad de tomar medicamentos, biopsia, rechazo del órgano trasplantado, resultados anormales en las pruebas, o valores anormales de laboratorio.
3. El tabaquismo y el consumo de alcohol aumentan mi riesgo de complicaciones adicionales incluido cáncer, enfermedades pulmonares y/o cardíacas, lesión al órgano trasplantado y muerte precoz.

Me han informado sobre la necesidad de tomar medicamentos por el resto de mi vida y sobre los efectos secundarios comunes de estos medicamentos. También me han informado de la necesidad de hacer frecuentes pruebas de laboratorio después del trasplante y de que deberé hacerme varios chequeos médicos regulares con el programa de trasplante según sea necesario pero como mínimo una vez por año durante el resto de mi vida. Se han revisado conmigo la necesidad potencial de biopsia cardíaca y los riesgos de la misma. Entiendo que, después del primer año, se pueden considerar alternativas a la biopsia cardíaca tales como la prueba ALLOMAP.

Me han informado los datos del SRTR, los cuales incluyen los resultados del trasplante cardíaco en centros nacionales y específicos del centro de trasplante de Hartford Hospital.

Si soy mujer en edad reproductiva, entiendo que el trasplante puede complicar el embarazo, especialmente durante el primer año después del trasplante. Entiendo que el embarazo puede lesionar mi trasplante y hasta causar la insuficiencia del órgano trasplantado y/o muerte. Antes de quedar embarazada, acepto informar al equipo de trasplante sobre mis deseos para analizar riesgos y beneficios.

Entiendo que todos los donantes y yo somos sometidos a un cernimiento en busca de enfermedades contagiosas o problemas que puedan afectar al órgano y mi salud. No hay garantía de que se hayan detectado todas y cada una de las enfermedades contagiosas. Pueden existir factores imprevistos incluidos enfermedades no detectadas previamente (incluidas entre otras: infecciones bacterianas y micóticas, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis, tuberculosis); o cánceres que pueden afectar el éxito de mi trasplante o mi salud. Entiendo que otra información relacionada con el donante, tal como los antecedentes del donante y la condición del órgano o de los órganos utilizados también puede afectar el éxito de mi trasplante o mi salud.

Los donantes fallecidos son sometidos a evaluación y cernimiento según la Política de UNOS. No hay ninguna forma integral de realizar un cernimiento de todas las enfermedades contagiosas en donantes vivos y fallecidos. Se pueden identificar y contagiar malignidades y enfermedades después del trasplante. La evaluación del donante y los resultados del cernimiento pueden provocar un impacto en la evaluación, el cernimiento y el manejo postrasplante del candidato.

Iniciales del paciente _____

6816

6816

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCESO DE TRASPLANTE

Cuestiones del seguro

Me han informado que si mi seguro cambia, el trasplante y sus complicaciones pueden no estar cubiertos. Además, mi seguro puede no cubrir problemas de salud futuros relacionados con el trasplante. Si estos tratamientos/problemas no están cubiertos por mi seguro de salud, yo seré responsable de todos los costos. Entiendo que el trasplante puede afectar mi capacidad de obtener seguro de salud, incapacidad o de vida y que las primas de seguro futuras pueden ser más altas y que tal vez no pueda obtener seguro de salud, incapacidad o de vida en el futuro.

Me han dicho que si mi trasplante no se realiza en un centro de trasplante aprobado por Medicare, Medicare puede no pagar las drogas inmunosupresoras que se necesitan después del trasplante.

Acepto informar inmediatamente al equipo de trasplante, tanto antes como después del trasplante, sobre cualquier cambio en el seguro o dificultades para obtener los medicamentos.

Iniciales del paciente _____

General

Me han informado y he recibido información sobre la transferencia de los tiempos de espera y las opciones de listas múltiples.

Recibiré una carta de notificación concerniente a mi estado al final de este proceso de evaluación en la que se indique una de las siguientes opciones:

- a. Me han aceptado como candidato y estoy activo en la lista de espera de OPTN/UNOS.
- b. No soy un candidato aceptable para trasplante en el Programa de Trasplante de Hartford Hospital en este momento, así como el o los motivos para esta decisión.

Entiendo que el Programa de Trasplante de Hartford Hospital puede remover a los candidatos para trasplante de su lista de espera si hay acontecimientos futuros (incluidos entre otros: cambios en la condición médica, incapacidad de cumplir con los requerimientos de cuidado pretrasplante) que causan que un individuo ya no sea un candidato apto para trasplante bajo los criterios de selección de pacientes del programa. Entiendo que me notificarán si alguna vez se toma este tipo de determinación en relación conmigo.

Tengo derecho de rehusarme al trasplante en cualquier momento, pero si acepto el trasplante, acepto cumplir con las políticas y directrices del Programa de Trasplante de Hartford Hospital en tanto me encuentre bajo el cuidado de este programa. Acepto volver para visitas de seguimiento según sea necesario y según lo requiera el Programa de Trasplante de Hartford Hospital, aunque esto pueda requerir tiempo y gastos adicionales.

Tengo el derecho de notificar a la Red de Obtención y Trasplante de Órganos (OPTN, por sus siglas en inglés) al 1-888-874-6361, si tengo alguna inquietud o queja sobre mi cuidado o el Programa de Trasplante de Hartford Hospital.

Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas a esas preguntas. Me han dicho que puedo hacer preguntas en cualquier momento.

Afirmo que entiendo el propósito, los beneficios, riesgos y las alternativas al trasplante. Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía en relación con la disponibilidad de un órgano para trasplante dentro del tiempo de espera estimado ni sobre los resultados que se puede obtener si recibo un trasplante.

Iniciales del paciente _____

6816

6816

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCESO DE TRASPLANTE

Nombre en imprenta del paciente/representante autorizado **Firma del paciente/representante autorizado**

Fecha **Hora**

Nombre en imprenta del personal de trasplante **Firma del personal de trasplante**

Fecha **Hora**

Nombre en imprenta del intérprete, si es necesario **Firma del intérprete, si es necesario**

Fecha **Hora**

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR [] PORQUE:

_____ Personal de trasplante

Fecha: _____ Hora: _____