

Autorización para Trasplante renal (receptor)

Nombre del/de la paciente: _____

Por la presente, autorizo al/a la Dr/a. _____ a realizar la siguiente cirugía:

Entiendo que los residentes, estudiantes de medicina, asistentes del médico y/o enfermeras licenciadas de práctica avanzada también pueden estar presentes y/o ayudando a la realización, y/o llevando a cabo tareas médicas/quirúrgicas significativas en la cirugía especificada arriba. Además, entiendo que pueden existir circunstancias no previstas que aparezcan mientras se hace la cirugía indicada arriba que requieran la asistencia de otro personal médico calificado que no ha sido identificado.

Se me ha explicado en conexión con la cirugía propuesta: (i) la naturaleza y el propósito de la cirugía propuesta; (ii) los riesgos y consecuencias previsibles de la cirugía propuesta, incluyendo el riesgo de que la cirugía propuesta tal vez no alcance el objetivo deseado; (iii), las alternativas a la cirugía propuesta y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas; y (iv) los riesgos razonablemente previsibles y las alternativas a la transfusión de sangre y productos de la sangre si necesitara una transfusión.

Me han informado sobre los datos más recientes del SRTR (siglas en inglés para Registro Científico de Receptores de Trasplantes) del Centro de Trasplante de Hartford Hospital, mi derecho de rehusar el trasplante o tratamiento y los riesgos específicos asociados con el órgano que voy a recibir.

Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para la cirugía, me han informado sobre los siguientes riesgos razonablemente previsibles:

- Obstrucción o perforación intestinal
- El órgano del donante no funciona
- El órgano del donante funciona mal
- Coágulo sanguíneo en piernas o pulmones
- Complicaciones técnicas en vasos sanguíneos o uréter del órgano para trasplante
- Necesidad posible de retrasplante y reoperación
- Muerte
- Riesgos de la anestesia
- Posible necesidad de diálisis
- Infección de la herida
- Infección sistémica
- Neumonía
- Ataque cardíaco
- Rechazo
- Hemorragia, acumulación de líquidos

No hay ninguna forma integral de hacer un cernimiento de todas las enfermedades transmisibles en los donantes potenciales y, en ocasiones, se pueden identificar agentes infecciosos, tumores asociados al donante o enfermedades genéticas después del trasplante.

_____ Iniciales del/de la paciente

El Servicio de Salud Pública (2013) ha identificado que hay ciertos órganos que presentan un mayor riesgo de transmitir enfermedades infecciosas cuando se los usa para trasplante. Recibir cualquier órgano donado conlleva el riesgo de recibir un órgano con funcionamiento comprometido y/o la transmisión de enfermedades a pesar de un adecuado cernimiento y de hallazgos negativos. Estas enfermedades infecciosas incluyen, entre otras, al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Hepatitis C (HCV) y Hepatitis B (HBV).

El riñón que le ofrecemos tiene un riesgo aumentado de transmisión de enfermedades debido a los siguientes comportamientos del donante según fueran identificados por el Servicio de Salud Pública. (2013)

No corresponde

- Enfermedad de Chagas –Viaje reciente del donante o un donante que sea originario de Sudamérica con riesgo de exposición al *Tripanosoma Cruzi*.
- Personas que han tenido sexo con una persona que tiene o se sospecha que tiene infecciones por VIH, HBV o HCV en los 12 meses previos.
- Hombres que han tenido sexo con otros hombres (MSM, por sus siglas en inglés) en los 12 meses previos.
- Mujeres que han tenido sexo con un hombre con antecedentes de comportamiento MSM en los 12 meses previos.
- Personas que informan inyección intravenosa, intramuscular o subcutánea de drogas por motivos no médicos en los 12 meses previos.
- Personas que han tenido sexo a cambio de dinero o drogas en los 12 meses previos.
- Personas que han tenido sexo con una persona que tuvo sexo a cambio de dinero o drogas en los 12 meses previos.
- Personas que han tenido sexo con una persona que se ha inyectado drogas por vía IV, IM o subcutánea por motivos no médicos en los 12 meses previos.
- Personas que han estado en celdas, la cárcel, prisión, o una institución correccional para menores más de 72 horas en los 12 meses previos.
- Personas que recientemente recibieron diagnóstico o tratamiento de sífilis, gonorrea, clamidia o úlceras genitales en los 12 meses previos.
- Personas que han estado en hemodiálisis en los 12 meses previos. **Los donantes que cumplen con este criterio están en mayor riesgo de infección por HCV solamente.**
- Un niño de 18 meses de edad o menos, nacido de madre con infección conocida o en mayor riesgo de infecciones por VIH, HBV, o HCV.
- Niño que ha sido amamantado en los 12 meses previos y cuya madre tiene infección conocida o mayor riesgo de infección por VIH.
- Cuando no se puedan obtener los antecedentes médicos/conductuales o no se puedan determinar los factores de riesgo de un donante potencial fallecido, se deberá considerar que el donante tiene riesgo aumentado de infección por VIH, HBV y HCV debido a que se desconoce su riesgo.
- Cuando la sangre de un donante de órgano potencial fallecido esté diluida (debido a transfusiones o fluidos intravenosos), se deberá considerar que el donante tiene riesgo aumentado de infección por VIH, HBV y HCV debido a que se desconoce su riesgo.

_____ Iniciales del/de la paciente

6816

6816

El riñón que le ofrecemos se considera riñón de donante con KDPI >85% por los siguientes motivos:

- Edad del donante
 - Estatura
 - Peso
 - Origen étnico
 - Antecedentes de hipertensión
 - Antecedentes de diabetes
 - Causa de muerte
 - Creatinina elevada (prueba de sangre que refleja la función renal)
 - Serologías positivas para hepatitis C
 - Serologías positivas para hepatitis B
 - Donación después de estado de muerte circulatoria
 - Otra (Describa): _____
-

_____ (Iniciales del/de la paciente)

6816

6816

Soy consciente de que, además de los riesgos razonablemente previsibles descritos, existen otros riesgos previsibles, que se han discutido conmigo, pero no están listados. Afirmo que entiendo el propósito y los beneficios potenciales del tratamiento y/o procedimiento especial propuesto, que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados que se pueden obtener, y que me han ofrecido responder a todas mis preguntas sobre la cirugía propuesta.

Accedo al uso de anestesia y/o sedación/analgesia según se requiera, y si corresponde, a la eliminación de cualquier tejido que se extirpe.

También autorizo al Hospital y al/a la médico/a o médicos/as mencionados/as arriba a que tomen fotografías, video y/o usen cualquier otro medio que dé como resultado la documentación permanente de mi imagen para propósitos médicos, científicos o educativos, siempre que no revelen mi identidad. Accedo a que el Hospital elimine todas las fotografías tomadas según esta autorización, que no se requiera retener por ley, siempre que la forma de eliminación sea la destrucción permanente.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

_____ M. D. Firmado: _____
(Paciente o representante legalmente autorizado/a)

Fecha: _____ Hora: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar:

_____ (Intérprete)

EL/LA PACIENTE NO PUEDE FIRMAR ANTES DE LA CIRUGÍA [] PORQUE:

_____ M.D. Fecha: _____ Hora: _____

_____ Testigo Fecha: _____ Hora: _____