Hartford HealthCare
Hartford Hospital

2400

Consentimiento Informado para Trasplante Cardíaco

Por la presente, autorizo al Dr. _____ para que me realice un trasplante cardíaco.

El procedimiento de trasplante puede incluir:
- ☐ Ecocardiograma transesofágico (TEE)
- ☐ Cierre de PFO (Foramen Oval Permeable)
- ☐ Anuloplastia de válvula tricúspide

Me han explicado lo siguiente en conexión con el trasplante cardíaco propuesto:

1.) la naturaleza y el propósito del trasplante cardíaco propuesto;
2.) los riesgos conocidos y las consecuencias del trasplante cardíaco propuesto, incluido el riesgo de que esta cirugía tal vez no alcance el objetivo deseado;
3.) las alternativas al trasplante cardíaco propuesto y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas
4.) los riesgos razonablemente conocidos y las alternativas a la transfusión de sangre y productos de la sangre si yo necesitara una transfusión de sangre que incluyen, entre otros: picazón, fiebres, ronchas; infecciones tales como hepatitis B, C, VIH (aunque se hacen pruebas minuciosas a la sangre esto no se garantiza); así como reacciones del sistema inmune de variada intensidad.

También me han informado, y entiendo, los siguientes riesgos conocidos de un trasplante cardíaco:

- Riesgos de la anestesia
- Neumonía
- Infección
- Insuficiencia renal
- Hemorragia
- Rechazo
- Apoplejía
- Acumulación de líquidos
- Muerte
- Insuficiencia del injerto que requiere apoyo mecánico (dispositivo de asistencia ventricular, balón de contrapulsación, u oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO, en inglés))
- Coágulos sanguíneos en piernas o pulmones

Iniciales _____

Me han informado, y entiendo, los datos más recientes del SRTR (Registro Científico de Receptores de Trasplante) del Centro de Trasplante de Hartford Hospital, mi derecho a rehusarme al trasplante o tratamiento y los riesgos específicos asociados con el órgano específico que voy a recibir. Se hace la evaluación y el cernimiento de donantes según la Política de UNOS (Red Unida para Compartir Órganos). No hay ninguna forma integral de hacer un cernimiento de todas las enfermedades transmisibles en los donantes potenciales y, en ocasiones, se pueden identificar y transmitir agentes infecciosos, tumores/ malignidades o enfermedades genéticas asociados al donante después del trasplante. Los resultados de la evaluación y el cernimiento de donantes pueden producir un impacto en su evaluación, cernimiento y manejo postrasplante.

Iniciales _____

Me han informado y 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 durante el trasplante cardíaco. 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.

Iniciales _____

Hartford HealthCare
Hartford Hospital

2400

El Servicio de Salud Pública (PHS) 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 corazón que le ofrecemos es de un donante que, en los 30 días previos a la donación de órganos, cumplía los criterios de riesgo del PHS por una o varias de las siguientes razones:

❑ No corresponde

- Sexo (es decir, cualquier método de contacto sexual, incluyendo vaginal, anal y oral) con una persona que se sabe o se sospecha que tiene infección por VIH, VHB o VHC;
- Hombre que ha tenido relaciones sexuales con otro hombre;
- Sexo a cambio de dinero o drogas;
- Sexo con una persona que tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas;
- Inyección de drogas por razones no médicas;
- Sexo con una persona que se inyectó drogas por razones no médicas;
- Encarcelamiento (confinamiento en la cárcel, prisión o institución correccional de menores) durante ≥ 72 horas consecutivas;
- Hijo nacido de una madre con infección por VIH, VHB o VHC;
- Niño amamantado por una madre con infección por VIH; o
- Antecedentes médicos o sociales desconocidos.

Iniciales _____

❑ Enfermedad de Chagas –Viaje reciente del donante o un donante que sea originario de Sudamérica con riesgo de exposición al Tripanosoma Cruzi

❑ No corresponde

Iniciales _____

El corazón que le ofrecemos no se considera corazón de donante con criterio estándar por los siguientes motivos:

❑ No corresponde
❑ Donante de más de 45 años de edad
❑ Donante de menor tamaño
❑ Anomalías del movimiento de las paredes o fracciones de eyección del ventrículo izquierdo (FE) <45%
❑ Requerimiento de inótropos (medicamentos que mejoran la presión sanguínea)
❑ Enfermedad de arterias coronarias
❑ Tiempo potencial desde la extracción hasta el implante de más de 4 horas
❑ Enfermedad cardíaca estructural (válvulas con fugas, por ejemplo)
❑ Donación después de muerte circulatoria (DCD, por sus siglas en inglés)

Hartford HealthCare
Hartford Hospital

2400

El corazón que le ofrecemos es de:

- ❑ No corresponde
- ❑ Donante de órganos positivo para hepatitis B
- ❑ Donante de órganos con prueba de ácido nucleico (NAT) positiva para hepatitis C
- ❑ Donante de órganos con anticuerpos positivos para hepatitis C, NAT negativa

Soy consciente que, además de los riesgos razonablemente conocidos descritos, existen otros riesgos previsibles, que se han analizado conmigo, pero que no están listados. Afirmo que entiendo el propósito y los beneficios potenciales del trasplante cardíaco, que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados que se pueden obtener, y que se me ha ofrecido respuesta para cualquiera de mis preguntas sobre el trasplante cardíaco.

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

Iniciales _____

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

Paciente o representante legalmente autorizado (firma)		Fecha	Hora
Consentimiento telefónico/verbal obtenido de (nombre completo en letra de imprenta)		Fecha	Hora
Relación si no es el paciente	☐ Firma del intérprete oficial o N.º de ID		
Firma del residente/becario/proveedor de práctica avanzada (APP)	Residente/becario/APP (nombre completo en letra de imprenta)	Fecha	Hora
Firma del médico ESPECIALISTA	ESPECIALISTA (nombre completo en letra de imprenta)	Fecha	Hora
Firma del testigo (proveedor o RN) - obligatoria para el consentimiento telefónico		Fecha	Hora