

PROGRAMA DE TRASPLANTE CARDÍACO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN

El proceso de evaluación del Programa de trasplante cardíaco en Hartford Hospital (HH) se inicia cuando se lo identifica como potencial receptor de trasplante y usted expresa interés en el programa. El propósito de este consentimiento es proporcionarle educación con respecto al proceso de evaluación aquí en HH.

El proceso de evaluación

El proceso de evaluación involucra muchos elementos que incluyen, entre otros:

- Educación con respecto al Equipo de trasplante cardíaco
Estos son los proveedores que lo cuidarán y le proveerán educación durante el proceso de evaluación e incluye a cirujanos cardíacos, cardiólogos, enfermeras de práctica avanzada, enfermeras registradas, trabajadoras sociales licenciadas, dietistas, farmacéuticos, coordinadores financieros, médicos especializados en enfermedades infecciosas, así como cualquier otro proveedor que se pueda requerir para completar las pruebas de modo de garantizar una evaluación minuciosa.
- Las pruebas de laboratorio que incluyen, entre otras: pruebas químicas, hematología, inmunología, tipificación ABO, así como pruebas serológicas de laboratorio se requerirán periódicamente
- Cernimiento de cáncer
- Pruebas cardíacas que incluyen, entre otras, ecocardiogramas, pruebas de estrés, cateterizaciones cardíacas
- Cualquier otra prueba necesaria para completar una evaluación minuciosa
- Algunas de estas pruebas tienen riesgos que se explicarán al momento de la prueba

Durante el proceso de evaluación aprenderé, mediante varias sesiones educativas y reuniones con el personal antes mencionado, sobre:

- Tratamientos alternativos al trasplante, tales como terapia médica o soporte circulatorio mecánico
- Potenciales riesgos médicos y psicosociales del trasplante que incluyen, entre otros: riesgos relacionados con la anestesia, insuficiencia del órgano, infección, cáncer, rechazo del órgano que requiere soporte circulatorio mecánico o retrasplante, muerte, ansiedad, depresión, estrés postraumático, carga financiera aumentada, dolor
- Los datos de resultados específicos del SRTR (Registro Científico de Receptores de Trasplante) del Centro de Trasplante
- Los potenciales factores de riesgo del donante que podrían afectar el éxito del injerto (trasplante) o mi salud después del trasplante, los cuales incluyen, entre otros: la edad y los antecedentes de salud del donante
- Tengo el derecho de rehusarme al trasplante en cualquier momento

Iniciales del paciente/representante _____

- Si mi trasplante no es proporcionado en un centro de trasplante aprobado por Medicare, podría afectar la capacidad del receptor del trasplante para que mis medicamentos inmunosupresores se paguen bajo Medicare Parte B
- El cuidado de mi trasplante es un compromiso de por vida, el cual incluye, entre otros: tomar medicamentos antirrechazo; análisis de sangre según se indique; cumplir las recomendaciones médicas; dejar de fumar; visitas regulares a la oficina, comunicación y seguimiento con el centro de trasplante de manera regular; notificar al centro de cualquier cambio en mi estado del seguro y mi información de contacto
- Tengo el derecho de entrar en una lista de espera en otros centros de trasplante al mismo momento (listas múltiples)
- Tengo el derecho de transferir cualquier tiempo de espera a mi centro de trasplante preferido
- Hartford Hospital puede removerme de la lista de espera por motivos que pueden incluir, entre otros: cambios en mi condición médica, incapacidad para cumplir con cuidado médico complejo, o si ya no cumpla los criterios de selección
- Procedimiento quirúrgico, que incluye entre otros: la naturaleza y el propósito de la cirugía de trasplante, la duración de la estadía, el dolor, las restricciones postoperatorias
- Plan de cuidado y alta, el cual incluye entre otros: educación sobre medicamentos inmunosupresores, minimizar los riesgos de infección o rechazo

Una vez que mi evaluación y educación se hayan completado, mis resultados de la evaluación se presentarán en una reunión del equipo multidisciplinario para tomar una decisión con respecto a mi candidatura y a mi capacidad para que me coloquen en la lista de espera de UNOS (Red Unida para Compartir Órganos) para trasplante cardíaco. Recibiré notificación de los resultados de esta reunión sobre mi candidatura que indique una de las siguientes opciones:

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

Usted tiene el derecho de contactar a UNOS al 1-888-874-6361 si tiene alguna inquietud o queja sobre el Programa de Trasplante de Hartford Hospital.

Iniciales del paciente/representante _____

6816

6816

Reconozco que he leído este Consentimiento informado para evaluación y que he recibido la información de arriba con respecto al proceso de evaluación.

Me han proporcionado la oportunidad de hacer preguntas y me han respondido esas preguntas.

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:
