



PROGRAMA DE TRASPLANTE DE HÍGADO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN

El proceso de evaluación en el Programa de trasplantes de Hígado de Hartford Hospital (HH) comienza cuando se lo/la identifica como posible receptor/a de un trasplante y usted expresa interés en el programa. El propósito de este consentimiento es proporcionar educación con respecto al proceso de evaluación aquí en HH.

El proceso de evaluación

En el proceso de evaluación intervienen muchos elementos, entre otros:

- Educación sobre el equipo de trasplante de hígado
Estos proveedores son los que le atenderán e instruirán durante el proceso de evaluación e incluyen cirujanos hepáticos, hepatólogos, enfermeras de práctica avanzada, enfermeras diplomadas, trabajadores sociales licenciados, dietistas, farmacéuticos, coordinadores financieros, médicos especialistas en enfermedades infecciosas, así como cualquier otro proveedor que pueda ser necesario para realizar pruebas que garanticen una evaluación exhaustiva.
- Se requerirán periódicamente análisis de laboratorio que incluirán, entre otros, análisis químicos, hematológicos, inmunológicos, de tipificación ABO y serológicos.
- Detección de cáncer
- Cualquier otra prueba necesaria para completar una evaluación exhaustiva
- Algunas de estas pruebas conllevan riesgos que se explicarán en el momento de la prueba.

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

- Posibles riesgos y beneficios médicos y psicosociales del trasplante, entre los que se incluyen: riesgos relacionados con la anestesia, fallo orgánico, infección, cáncer, rechazo del órgano, nuevo trasplante, muerte, ansiedad, depresión, estrés postraumático, aumento de la carga económica, dolor.
- Datos de resultados específicos del centro SRTR (Registro científico de receptores de trasplantes) del Centro de Trasplantes.
- Posibles factores de riesgo del donante que podrían afectar el éxito del injerto (trasplante) o mi salud tras el trasplante, entre los que se incluyen: la edad y los antecedentes médicos del donante.
- Tengo derecho a negarme al trasplante en cualquier momento.

Iniciales del/de la paciente: _____



- Cuidar de mi trasplante es un compromiso de por vida, que incluye, entre otras cosas: tomar medicación contra el rechazo; análisis de sangre según las indicaciones; cumplir las recomendaciones médicas; visitas periódicas al consultorio, comunicación y seguimiento con el centro de trasplante; notificar al centro de cualquier cambio en la situación de mi seguro e información de contacto.
- Tengo derecho a estar en lista de espera en otros centros de trasplante al mismo tiempo (listas múltiples).
- Tengo derecho a transferir cualquier tiempo de espera a mi centro de trasplante preferido.
- Hartford Hospital puede retirarme de la lista de espera por razones que incluyen, entre otras: cambios en mi afección médica, incapacidad para cumplir con la atención médica compleja o si ya no cumplo con los criterios de selección.
- Procedimiento quirúrgico, que incluye, entre otros aspectos: naturaleza y finalidad de la cirugía de trasplante, duración de la estancia, dolor y restricciones posoperatorias.
- Cuidados y plan de alta que incluye, entre otras cosas: educación sobre la medicación inmunosupresora, minimización de los riesgos de infección o rechazo.

Una vez finalizada mi evaluación y capacitación, los resultados de mi evaluación se presentarán en una reunión del equipo multidisciplinario para decidir si soy candidato/a y puedo inscribirme en la lista de espera de la UNOS (Red Unida para Compartir Órganos) para un trasplante de hígado. Recibiré notificación de los resultados de esta reunión en cuanto a mi candidatura, que indicarán:

- Si he sido aceptado/a y estoy activo/a en la lista de espera OPTN/UNOS O
- Si no soy un/a candidato/a aceptable para trasplante en Hartford Hospital en este momento y la(s) razón(es) de esta decisión.

Tiene derecho a ponerse en contacto con UNOS llamando al 1-888-874-6361 si tiene alguna inquietud o queja sobre el Programa de trasplantes de Hartford Hospital.

Iniciales del/de la paciente/representante _____



6816

Confirmando que he leído este Consentimiento informado para evaluación y que recibí la información anterior sobre el proceso de evaluación.

Tuve la oportunidad de hacer preguntas y de que me respondieran.

Nombre en letra de imprenta del/de la paciente/representante autorizado

Firma del/de la paciente/representante autorizado

Fecha

Hora

Nombre en letra de imprenta del miembro del personal de trasplante

Firma del miembro del personal de trasplante

Fecha

Hora

El/la paciente no puede firmar porque: _____