

Autorización para Hepatectomía parcial en donante vivo para donación de órgano

Nombre del/de la paciente: _____

Por la presente, autorizo a los Dres. _____ a realizar la siguiente cirugía:
Hepatectomía parcial (derecha / izquierda) para donación de órgano y colecistectomía.

Entiendo que, los residentes, estudiantes de medicina, asistentes del médico y 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 razonablemente previsibles de la cirugía propuesta, incluido 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 razonablemente asociados a tales alternativas; (iv) los riesgos razonablemente previsibles a la transfusión de sangre y productos de la sangre si necesitara una transfusión. Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para la cirugía, me han informado sobre los siguientes riesgos razonablemente previsibles:

- | | |
|--|--|
| ☐ Riesgos de la anestesia | ☐ Sangrado que requiere transfusiones de glóbulos rojos o de otros productos de la sangre |
| ☐ Complicaciones técnicas con los vasos sanguíneos o fugas o restricciones en los conductos biliares que pueden requerir intervención | |
| ☐ Íleo, obstrucción o perforación intestinal | ☐ Arritmias |
| ☐ Colapso cardiovascular | ☐ Ataque cardíaco |
| ☐ Perforación diafragmática o lesión esplénica | ☐ Procedimiento abortado |
| ☐ Muerte durante o después de la cirugía | ☐ Coágulo sanguíneo en piernas o pulmones |
| ☐ Insuficiencia del órgano en el segmento de hígado remanente que requiere colocación urgente en la lista para trasplante hepático | |
| ☐ Disfunción hepática transitoria con recuperación | ☐ Dolor y fatiga |
| ☐ Acumulación de líquidos | ☐ Neumonía |
| ☐ Desarrollo de hernia | ☐ Hinchazón y/o náuseas |
| ☐ Infección de la herida/ sistémica | ☐ Lesión en nervios |
| ☐ Adhesiones | ☐ Cicatrices |
| ☐ Puede haber otras consecuencias típicas de cualquier procedimiento quirúrgico | |

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 y riesgos potenciales de la cirugía propuesta, que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados que se pueden obtener, 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 los médico(s) mencionados arriba a fotografiar, filmar y/o utilizar cualquier otro medio que dé como resultado la documentación permanente de mi imagen para propósitos médicos, científicos o educativos, en tanto no revelen mi identidad. Accedo a que el Hartford 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.

Procedimiento/Tratamiento especial para Hepatectomía parcial en donante vivo para donación de órgano

Me han informado que además de la porción de mi hígado que estoy donando, puede ocurrir la remoción parcial de los siguientes vasos: arteria hepática, vena hepática, vena porta y conducto biliar. Estos vasos y el conducto biliar solo se pueden usar para implantación o modificación en mi receptor previsto. También me han informado que pueden extraerme la vesícula como parte de la cirugía de donación.

Si surgiera alguna complicación imprevisible y mi segmento de hígado donado no se puede implantar en mi receptor previsto, deseo que mi segmento de hígado sea (marcar la casilla que corresponda):

- ☐ Descartado
- ☐ Donado a un receptor de hígado de la lista de espera de Hartford Hospital
- ☐ Donado a un receptor de hígado de la lista nacional UNOS

_____ **Iniciales del/de la paciente**

☐ Los Datos del SRTR para receptores actuales se han revisado conmigo y he recibido una copia.

Reafirmo mi voluntad de donar una porción de mi hígado y que estoy libre de inducción o coacción. Entiendo que tengo la libertad de cambiar de opinión sobre mi donación en cualquier momento antes de la anestesia y que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

Firma (*Paciente o representante legalmente autorizado*)

Firma (*MD, APRN, PA*)

Fecha: _____ Hora: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

_____ (Intérprete)

CONSENTIMIENTO ACTUALIZADO Y VERIFICACIÓN DEL CIRUJANO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:

Firma (*MD, APRN, PA*)

Firma (*Paciente o representante legalmente autorizado*)

Fecha: _____ Hora: _____

Fecha: _____ Hora: _____