

**Hartford Hospital
Programa de Trasplante Hepático**

Consentimiento informado para Evaluación/Proceso de donación de hígado de donante vivo

Me han pedido que me someta a una evaluación como donante de hígado vivo en el Programa de Trasplante Hepático de Hartford Hospital para el beneficio de un paciente con enfermedad hepática terminal. El equipo médico de esta persona ha determinado que el mejor tratamiento para él/ella es recibir un trasplante hepático. Esta persona fue colocada en la lista para recibir un trasplante hepático de donante fallecido. El propósito de este documento es permitirme a mí, el/la donante potencial, comprender todos los aspectos del proceso de evaluación y donación, incluidos los riesgos y beneficios, el procedimiento de donación y trasplante quirúrgico y los resultados a largo plazo después de la cirugía de donante vivo. Este proceso se llama consentimiento informado.

Entiendo que todas las fases del proceso de donación de donante vivo se realizan en cumplimiento con las pautas de Hartford Hospital.

Soy consciente de que no me pueden considerar un/a candidato/a apto para donación de hígado de donante vivo hasta que se complete el proceso de evaluación descrito abajo y que el **Equipo Multidisciplinario para Donantes de hígado de donante vivo del Programa de Trasplante Hepático de Hartford Hospital** me haya aceptado. También doy fe de que estoy haciendo esto porque tengo una relación vital/significativa y emocional con mi receptor/a previsto/a, que hago esto por voluntad propia y que no hay ningún incentivo financiero o motivación económica para mi decisión de someterme a evaluación como donante de hígado.

Entiendo que puedo elegir detener la evaluación y el proceso de consentimiento en cualquier momento ya que mi seguridad física y emocional son de fundamental importancia. Soy consciente de que Hartford Hospital debe proporcionarme un/a **Defensor/a Independiente para Donante Vivo (ILDA, por sus siglas en inglés)**, cuyo única función es ayudarme con el proceso de consentimiento informado y será mi defensor/a durante esta evaluación. Él/Ella puede recomendar que yo no sea donante vivo/a si surgen inquietudes médicas o psicosociales durante el proceso de evaluación. También me han informado que pasar por esta evaluación no garantiza que podré ser donante.

Entiendo que es importante que proporcione, a mi leal saber y entender, información exacta y completa sobre mis antecedentes médicos y sociales pasados y presentes a mi Equipo para Donantes de hígado de donante vivo. Entiendo que debo leer, entender y firmar este formulario de consentimiento para que el proceso continúe.

El trasplante de hígado proveniente de un donante vivo tiene dos fases. La primera fase es la evaluación médica y psicosocial tal como la requieren las pautas de OPTN/UNOS y la segunda fase es la cirugía en sí, que incluye la remoción de una porción de mi hígado y trasplantarla al/a la receptor/a potencial.

Proceso educativo para la evaluación

Reconozco que a través de mi participación en reuniones con el Equipo para Donantes de hígado de donante vivo y de la recepción de materiales educativos escritos e instrucción personal que me darán en relación con la donación de hígado de donante vivo y el trasplante, se me educará sobre lo siguiente:

- (1) El proceso de evaluación médica y quirúrgica del donante.

Iniciales del/de la paciente _____

Página 1 de 10

- (2) Los riesgos y los beneficios para mí en el corto y en el largo plazo.
- (3) Los riesgos en el corto y en el largo plazo para el/la receptor/a, incluido el hecho de que el/la receptor/a tal vez no sobreviva aún después de recibir una porción de mi hígado.
- (4) Los criterios de elegibilidad para ser un donante de hígado vivo.
- (5) Las pruebas que se incluyen en la realización de mi evaluación médica, quirúrgica y psicosocial
- (6) Qué hace compatibles a un donante de hígado y al/a la receptor/a: como grupo sanguíneo, tamaño del hígado
- (7) Fuentes alternativas de órganos donados
- (8) Que el/la receptor/a será colocado en la Lista de espera para trasplante hepático de OPTN/UNOS para un órgano de donante fallecido y que puede ser trasplantado antes de que se complete mi evaluación o que se lleve a cabo el trasplante. Él/ella permanecerá en la lista si yo no puedo ser donante (Me han informado cuál puede ser el rango de tiempos de espera para el/la receptor/a).
- (9) La necesidad de hacer muchas pruebas, procedimientos y de reunirse con miembros del Equipo de trasplante. Soy consciente de que tendré visitas con otros proveedores de cuidado de la salud. Todas estas consultas, pruebas y estos procedimientos ayudarán al Equipo a decidir si ser un donante de hígado vivo es la decisión correcta para mí.
También les ayudará a determinar si estoy lo suficientemente sano/a para someterme de manera segura a la cirugía de donante vivo, que se considera una cirugía mayor abdominal.
- (10) Que debo participar en un proceso educativo exhaustivo para prepararme y preparar a mi familia para la cirugía, la recuperación y el cuidado posterior.
- (11) Quién es mi defensor/a independiente para donante vivo (ILDA) y cuál es su función en mi evaluación como donante.
- (12) Las repercusiones financieras y para el seguro de ser un donante de hígado vivo
- (13) Que puedo detener este proceso de evaluación en cualquier momento

Defensor/a independiente para donante vivo y Miembros del equipo

A fin de que mi Equipo para donante evalúe mi salud de una manera integral y exacta, requieren varias cosas de mí.

- Información exacta y completa
- Divulgación completa de mis antecedentes de tabaquismo, uso de drogas y/o alcohol presentes o pasados
- Se esperará que informe cualquier cambio en mi salud física o mental
- Se esperará que informe con sinceridad que entiendo mi plan de cuidado y lo que se espera de mí antes y después de la donación
- Se esperará que siga mi plan de tratamiento y el cronograma recomendado
- Se esperará que asista a las citas o las cancele y las reprogramme de manera oportuna
- Seré responsable de mis acciones y mis decisiones en relación con la donación
- Se esperará que informe con sinceridad que entiendo los aspectos financieros de ser un donante de hígado, lo que está cubierto por el seguro del/de la receptor/a, los costos de bolsillo para mí y cuáles pueden ser mis riesgos y responsabilidades financieros.

Pruebas de evaluación como donante

Me han informado que se realizan pruebas exhaustivas para determinar si soy un/a donante de hígado apto/a.

Iniciales del/de la paciente _____

Entiendo que algunas de las siguientes pruebas pueden estar incluidas en mi proceso de evaluación y que se pueden hacer otras pruebas según se necesite dependiendo de los resultados de estas pruebas. Mi riesgo de complicaciones y muerte puede estar impactado por obesidad, hipertensión u otras condiciones preexistentes que pueda tener.

- Se harán análisis iniciales para determinar si puedo donar. Esto incluirá una evaluación de cuidado de la salud junto con algunas pruebas de sangre y orina. También me harán una radiografía de tórax y un ECG. Si estas pruebas son aceptables, entonces ingresaré a la segunda fase de pruebas.
- Un ECG, un ecocardiograma y posiblemente una prueba de esfuerzo nuclear.
- Una IRM/ARM/CPRM.
- Una ecografía del hígado.
- Se puede realizar una TC abdominal.
- Tal vez se necesite una biopsia hepática.
- Si tengo algún otro problema médico, tal vez necesite pruebas adicionales.
- Si tengo sobrepeso, me podrían pedir que baje de peso.
- También estoy consciente de que debo abstenerme de consumir alcohol, tabaco y todas las drogas recreativas, tanto antes como después de la donación. Si estoy tomando píldoras anticonceptivas, deberé suspenderlas por un tiempo antes de la donación.
- Después de completar el proceso de evaluación, los miembros del Equipo Multidisciplinario para Donantes de hígado de donante vivo se reunirán para presentar mis resultados y determinar si cumpla con los criterios de selección de Hartford Hospital donación de hígado de donante vivo.

Entiendo que a todos los donantes potenciales se les hacen varios cernimientos en busca de enfermedades transmisibles, conductas de alto riesgo y problemas que pueden afectar al órgano donado y podrían afectar tanto mi salud como la salud del/de la receptor/a. Pueden existir factores imprevistos tales como que yo tenga una enfermedad infecciosa no detectada, una malignidad/un cáncer no detectado o alguna otra enfermedad no detectada que pueda afectar el éxito del trasplante o la salud del/de la receptora. No hay ninguna garantía para mí o para el/la receptor/a potencial de que el proceso de evaluación descubra todas las enfermedades transmisibles potenciales.

Riesgos psicosociales

Me han informado los riesgos psicosociales transitorios o permanentes potenciales de la donación de hígado. Entiendo que mi calidad de vida puede verse afectada por la donación. Esto puede incluir, entre otros; insomnio, ansiedad, depresión, preocupación por mi salud general o por la salud de mi hígado, pensamientos suicidas, problemas de imagen corporal, trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés), sentimientos de culpa, angustia emocional o duelo si el/la receptor/a experimenta complicaciones, enfermedad recurrente o incluso la muerte. Si me siento ansioso/a, abrumado/a o angustiado/a emocionalmente de alguna manera, me dirigiré a mi Equipo para donante a fin de obtener apoyo y asistencia. Estoy consciente de que mi trabajador social, psicólogo y otros estarán disponibles para apoyarme si mi familia o yo necesitamos ayuda.

Me han informado que la donación de hígado no solo puede afectar mis actividades diarias y mi estilo de vida sino que también puede afectar mis relaciones. Mi relación con el/la receptor/a o mi familia y amigos puede cambiar después de la donación. A veces se vuelve más gratificante y enriquecedora, pero hay casos en los que estas relaciones se vuelven tirantes y conducen al distanciamiento o al final de la relación.

Iniciales del/de la paciente _____

Página 3 de 10

Riesgos de la Evaluación como donante

Entiendo que se prevé que parte del proceso de evaluación descubra la posibilidad de enfermedad hepática u otras condiciones médicas presentes y futuras. Entiendo que a pesar de esta evaluación, aún pueda desarrollar enfermedad hepática u otras enfermedades a lo largo de mi vida que podrían requerir tratamiento. Me han informado los riesgos inherentes asociados con la evaluación como donante vivo que incluyen, entre otros, una reacción alérgica al medio de contraste, el descubrimiento de infecciones notificables, el descubrimiento de una condición médica grave, el descubrimiento de hallazgos genéticos adversos que eran desconocidos para mí previamente y el descubrimiento de condiciones/anomalías que requerirán más pruebas, a mi cargo, o crearán la necesidad de que el equipo de trasplante tome decisiones inesperadas. Entiendo que un beneficio de la evaluación como donante puede ser averiguar sobre problemas de salud que no conozco pero que pueden necesitar tratamiento. Sin embargo, mi capacidad para obtener un seguro de salud y de vida en el futuro puede verse afectada por el descubrimiento sobre estos problemas de salud.

Riesgos del Procedimiento quirúrgico

La cirugía que me harán se llama **hepatectomía parcial** (la remoción quirúrgica de una parte de mi hígado) con la remoción de mi vesícula biliar. Esta cirugía se hace más comúnmente para tratar enfermedades hepáticas tales como tumores hepáticos benignos o cancerosos. La hepatectomía parcial se puede hacer de manera segura. Pero como con cualquier cirugía mayor, hay riesgos involucrados, incluido el riesgo de muerte.

Entiendo que si el equipo quirúrgico considera que estoy en algún tipo de riesgo durante la cirugía o que el segmento de mi hígado no es adecuado para trasplante, la cirugía se detendrá y me cerrarán y llevarán de vuelta al área de recuperación posoperatoria. Esto ocurre en los Estados Unidos en al menos el 5% de las operaciones a donantes.

Entiendo que la cirugía abdominal conlleva varios **riesgos generales** que incluyen: complicaciones de la anestesia, fiebre, neumonía, infecciones del tracto urinario, distensión abdominal, náuseas, íleo (actividad intestinal lenta o ausente), obstrucción o perforación intestinal, ataque cardíaco, arritmias, colapso cardiovascular, infección de la herida, entumecimiento o incomodidad en el lugar de la incisión - que puede volverse crónico, infección sistémica, desarrollo de hernia, adhesiones intrabdominales, daño a los nervios debido a la posición, dolor, fatiga, cicatrices, perforaciones diafragmáticas, sangrado que puede requerir transfusiones de sangre y los riesgos involucrados en el uso de sangre o derivados de la sangre, lesiones a otros órganos en el abdomen, acumulación de líquido, coágulos de sangre en mis piernas que pueden soltarse y moverse a través del corazón a mis pulmones (embolismo pulmonar). Entiendo que un embolismo pulmonar es una complicación grave que puede causar la muerte. Para evitarlos, me darán un anticoagulante suave antes de la cirugía y me colocarán botas mecánicas o mangas especiales en las piernas para intentar prevenir estos coágulos sanguíneos peligrosos.

Soy consciente de que puedo necesitar transfusiones de sangre durante la cirugía. Puede ser posible donar algunas unidades de mi propia sangre antes de la cirugía. Sin embargo, podría requerir más sangre que la que guardé en el banco. Por este motivo, Por la presente accedo a usar toda la sangre o productos de la sangre que mis médicos piensen que son necesarios para mi seguridad.

Iniciales del/de la paciente _____

Página 4 de 10

Me han educado plenamente sobre los riesgos potenciales asociados con tales transfusiones. Aunque se le hace un cernimiento a toda la sangre en busca de VIH, hepatitis y otras enfermedades infecciosas, soy consciente de que existe una pequeña probabilidad de que pudiera infectarme con algo que no se detectó.

También entiendo que además hay **riesgos específicos** asociados con la cirugía hepática y particularmente con una hepatectomía parcial y estos incluyen: fugas de bilis, constricción del conducto biliar, complicaciones técnicas que incluyen a los vasos sanguíneos en el hígado, función hepática disminuida o insuficiencia hepática que podría requerir un trasplante hepático de urgencia y la posibilidad de muerte durante o después de la cirugía.

La complicación más común después de una hepatectomía parcial es una fuga de bilis. Las probabilidades de que esto ocurra son de aproximadamente 5-15%. La mayoría de las fugas de bilis mejoran sin otra cirugía y se pueden tratar con un procedimiento endoscópico que coloca un drenaje plástico (stent) para descomprimir el área o un tubo blando que desvía la fuga bilis y permite la curación del área. A veces la bilis drena fuera del cuerpo a través de un tubo hasta una bolsa que se retira cuando la fuga se detiene. Las constricciones (angostamientos) del conducto biliar también pueden ocurrir después de la cirugía, pero son mucho menos comunes. Esto se puede tratar habitualmente con la colocación endoscópica de un stent que dilata el área angosta en el conducto biliar.

Con base en las estadísticas nacionales, entiendo que mi riesgo de tener algún tipo de complicación, ya sea mayor o menor, es de aproximadamente 15-40%. La mayoría de estos problemas son menores y mejorarán solos y rara vez requieren un procedimiento o cirugía correctiva.

Durante la evaluación, el Equipo para donante evaluará la función y el tamaño de mi hígado para determinar si puedo donar una porción de mi hígado de manera segura, entiendo que pueden remover entre 25 y 60% de mi hígado. Los médicos determinarán qué parte de mi hígado será donada. Será una hepatectomía de lóbulo lateral izquierdo, una hepatectomía de lóbulo lateral o una hepatectomía de lóbulo lateral derecho. Entiendo que en la mayoría de los casos para un receptor adulto, se usa el lóbulo derecho que constituye aproximadamente el 60% del hígado. Me han informado que remover una porción de mi hígado disminuirá temporalmente la capacidad y el funcionamiento de mi hígado y que el potencial de disfunción hepática transitoria depende de la cantidad total de hígado que me hayan extraído para donación. La porción restante de mi hígado crecerá en unas pocas semanas pero habitualmente no volverá a su tamaño original. Entiendo que los vasos sanguíneos y los conductos biliares que me retiren no volverán a crecer y no puedo donar una porción de mi hígado una segunda vez. Entiendo que podría desarrollar una insuficiencia hepática después de la cirugía de donación. Esto podría requerir un trasplante hepático de emergencia para mí o hasta la muerte. Esta es una complicación **muy poco frecuente** y ocurre en aproximadamente 2 de cada 1000 (0.2%) cirugías de donante de hígado vivo.

El procedimiento quirúrgico

Entiendo que a través de mi participación en reuniones con el equipo para donante vivo y al leer el cuaderno de educación para el donante recibiré información sobre:

- 1.) La naturaleza y el propósito de la operación del donante de hígado
- 2.) El riesgo y los beneficios de la anestesia general
- 3.) El tiempo quirúrgico estimado
- 4.) El dolor posquirúrgico y las opciones para el control del dolor después de la cirugía

Iniciales del/de la paciente _____

Página 5 de 10

- 5.) La duración estimada de mi estadía en el hospital y el tiempo de recuperación estimado
- 6.) Las restricciones posoperatorias y el tiempo estimado para volver a todas las actividades
- 7.) Los medicamentos que me pueden dar, las pruebas de seguimiento y el cuidado posterior a la donación para promover mi recuperación
- 8.) Los riesgos transitorios o permanentes previsibles razonables y las consecuencias de la cirugía de donación de hígado, incluido el hecho de que mi cirugía puede no alcanzar el resultado deseado

Me han informado específicamente que existen riesgos médicos, quirúrgicos, psicosociales y financieros potenciales que pueden ser transitorios o permanentes. Hay riesgos asociados con cualquier operación abdominal así como ciertos riesgos específicos asociados con la donación de la cirugía de hígado.

Me reuniré con mi cirujano de donación al menos en dos ocasiones. Analizará conmigo cuestiones específicas de la cirugía, el tiempo de cirugía estimado, la duración de mi estadía en el hospital, las restricciones posoperatorias y cuándo puedo volver a los niveles normales de actividad. También revisará conmigo los riesgos y complicaciones potenciales de la donación de hígado. Esto será documentado en un formulario de consulta que ambos/as firmaremos.

Durante la cirugía de trasplante me pondrán bajo anestesia general, lo que significa que me darán medicamentos para hacerme dormir, bloquear el dolor y paralizar partes de mi cuerpo. También me colocarán en un respirador (máquina para respirar) durante la cirugía. Me reuniré con el anestesiólogo para una consulta antes de la cirugía y luego otra vez el día de la cirugía. El anestesiólogo revisará conmigo un consentimiento específico para la anestesia.

Cuidado posquirúrgico y Recuperación

Después de la cirugía me llevarán a la unidad de cuidados intensivos donde me monitorearán de cerca. Tal vez aún esté en una máquina que me ayude a respirar y tendré muchos tubos y drenajes colocados. Tendré botas o mangas de presión intermitente colocadas en las piernas para evitar coágulos sanguíneos.

Inmediatamente después de la cirugía, entiendo que sentiré dolor. Esto será monitoreado y controlado cuidadosamente. El objetivo del control del dolor es mantenerme tan cómodo/a como sea posible para que me pueda mover, tomar respiraciones profundas y comenzar el proceso de recuperación. También puedo estar un poco confundido/a como resultado de los medicamentos.

Cuando mi condición médica se haya estabilizado, me transferirán al piso de trasplante. La duración de mi estadía en el hospital dependerá de la velocidad de mi recuperación. Permaneceré en el hospital tanto tiempo como mis médicos consideren que la hospitalización es necesaria. La mayoría de los/as pacientes permanecen en el hospital por un período de 4 a 7 días.

Después de que me vaya hospital, aún estaré en recuperación. Durante las primeras 3 a 6 semanas, continuaré teniendo algunas restricciones en mis actividades diarias. La mayoría de los donantes dicen que están relativamente libres de dolor en 3 a 4 semanas, aunque esto puede variar de una persona a otra. Durante el período de recuperación, el equipo para donante monitoreará mi progreso de cerca. Puedo volver a todas mis actividades preoperatorias una vez que mi cirujano me haya autorizado a hacerlo (habitualmente a las 8-12 semanas). Comprendo que requeriré seguimiento de por vida y que debería adoptar un estilo de vida sano para el hígado. Esto incluye, entre otros, mantener un peso saludable, evitar la ingesta excesiva de alcohol y controles de seguimiento anual con mi médico de cuidado primario.

Iniciales del/de la paciente _____

Página 6 de 10

Si soy mujer en edad reproductiva, entiendo que la donación no puede hacerse durante un embarazo. Si existe alguna posibilidad de que esté embarazada en cualquier momento durante la evaluación, la admisión quirúrgica o el período de recuperación, informaré inmediatamente al Equipo de trasplante. También entiendo que no se recomienda el embarazo durante el período de recuperación.

Beneficios para el receptor/ Resultados

Entiendo que, por mi donación, el/la receptor/a recibirá ciertos beneficios. Estos incluyen: un trasplante programado (algunos/as pacientes en lista de espera nunca reciben un órgano), la capacidad de tener la cirugía en una fecha y hora seleccionada y, sobre todo, una disminución en el tiempo de espera para el trasplante comparado con la espera de un donante fallecido. Entiendo que hay riesgos adicionales para el/la receptor/a relacionados con recibir un trasplante de hígado de donante vivo incluido el recibir solamente un órgano parcial y que es una operación técnicamente más difícil.

Sin embargo, entiendo que a pesar de la donación, el/la receptor/a puede no recuperar su salud previa. Podría morir debido a una complicación de la cirugía, su enfermedad hepática original podría volver (por ejemplo cáncer, hepatitis o abuso de sustancias) o podrían rechazar el hígado. Es posible que la cantidad de hígado trasplantado sea insuficiente para el/la receptor/a (de tamaño pequeño). Podría necesitar que se lo/a coloque en la lista de espera de OPTN/UNOS para recibir otro hígado. Durante el tiempo de espera, puede morir. Esta pérdida podría tener un efecto psicológico duradero en mí y es importante que yo cuente con las destrezas de afrontamiento y el apoyo que me ayuden a lidiar con esta pérdida.

Resultados de trasplante específicos de centro y a nivel nacional para trasplante de hígado adulto

Me han informado y recibí información sobre los resultados de los datos específicos del Centro de Trasplante de Hartford Hospital y a nivel nacional en relación con el trasplante de hígado proporcionados a través del Registro Científico para Receptores de Trasplante (SRTR, por sus siglas en inglés). Me han informado si las últimas medidas de los resultados informados cumplen con los requerimientos de resultados de Medicare. Conozco los resultados nacionales disponibles que corresponden a los donantes de hígado vivo. *(Consulte el formulario adjunto para datos más actualizados del SRTR)*

Cuestiones financieras

Me han informado y entiendo que las provisiones financieras para la evaluación de hígado como donante, la cobertura para la operación, la hospitalización asociada y la recuperación se basan en el seguro del/de la receptor/a. Esto se compartirá conmigo antes de que yo tome cualquier decisión. También me han informado que existe una posibilidad de problemas de cuidado de la salud en el futuro que puedo experimentar en relación con la donación de una porción de mi hígado **puede no estar cubierta por mi seguro** o, si estuvieran cubiertos, pueden afectar el máximo de mis beneficios de por vida. Si estos problemas no quedan cubiertos por mi seguro de salud, puedo ser responsable de todos los costos.

Entiendo que la evaluación médica o la donación pueden impactar mi capacidad de obtener, mantener, o sostener un seguro de salud, vida e incapacidad; y que existe una posibilidad de denegación de cobertura. Otro impacto financiero potencial de ser donante vivo/a puede incluir la pérdida de empleo o ingresos y un impacto negativo en mi capacidad para obtener empleo en el futuro.

Iniciales del/de la paciente _____

Página 7 de 10

Entiendo que ser un donante de hígado vivo puede dar como resultado que las compañías de seguro consideren que tengo una condición preexistente o que tengo un riesgo más alto o inaceptable para cobertura. Mis primas del seguro de salud y del seguro de vida pueden aumentar y permanecer más altas y algunas compañías de seguros podrían rehusarse a asegurarme.

Me han dicho que si la cirugía de trasplante para la que soy el/la donante no se realiza en el centro que está aprobado por Medicare, Medicare tal vez no pague las drogas inmunosupresoras que el/la receptor/a necesita después del trasplante. Accedo a informar inmediatamente al equipo de trasplante sobre cualquier cambio en el seguro, tanto antes como después de la cirugía. Entiendo, si fuera necesario, que mi seguro puede recibir una factura de Hartford Hospital por una denegación de reclamo antes de que se pueda enviar una factura al seguro del/de la receptor/a.

Me han advertido que la Ley Nacional de Trasplante de Órganos (NOTA, por sus siglas en inglés) de 1985, indica que es un delito federal recibir cualquier ganancia financiera de la donación de órganos. La penalización por esto es una multa de hasta \$50,000 y cinco años de cárcel para cualquier persona que “conscientemente adquiera, reciba, obtenga o transfiera de otro modo cualquier órgano humano para la consideración valuable de uso en trasplante humano”. Las consideraciones valiables son cualquier cosa que se considere de valor, por ejemplo, efectivo, acciones, propiedades o vacaciones. Entiendo que hay gastos de bolsillo asociados con el proceso de donación de donante vivo. Esto incluye, entre otros, viajes, alojamiento, cuidado infantil, salario perdido. Sin embargo, bajo la Ley Nacional de Trasplante de Órganos, si los receptores tienen capacidad financiera, se les permite reembolsar al donante por los gastos de bolsillo que tuvo durante el proceso de donación, que incluyen viajes, alojamiento, comidas y salario perdido. También puede haber otros recursos disponibles para ayudar a costear mis gastos.

Entiendo que me reuniré con un Coordinador financiero de trasplante para revisar mi situación específica en relación con el seguro. El coordinador y el trabajador social también estarán disponibles para responder de manera continua las preguntas o inquietudes financieras que yo tenga.

Relaciones con pacientes

El Departamento de Relaciones con pacientes en Hartford Hospital proporciona información a los/as pacientes y sus familias sobre los servicios en Hartford Hospital. Ayudan a que las personas como yo y sus familias interpreten las políticas y procedimientos del hospital, proporcionan un mecanismo formal para la investigación, resolución y registro de las quejas de los/as pacientes y garantizan el respeto a los derechos de los pacientes, y se ocupan de atender ciertos pedidos especiales. Puedo comunicarme con la oficina de Relaciones con pacientes en Hartford Hospital llamando al (860) 972-1400.

También tengo el derecho de notificar a la Red de Obtención y Trasplante de Órganos al 1-888-894-6361, si necesito más información o tengo alguna inquietud o queja sobre el Programa de Trasplante de Hartford Hospital.

Seguimiento

Es fundamental para mi seguridad que asista a las citas de seguimiento en el Centro Integral del Hígado. Esto permitirá que mi equipo para donante evalúe de manera continua tanto mi salud general como la salud de mi hígado. Si procedo con el procedimiento de donación, estoy de acuerdo en cumplir con las políticas

Iniciales del/de la paciente _____

Página 8 de 10

del Programa de Trasplante de Hartford Hospital. Accedo a volver para visitas de seguimiento como mínimo a los 3, 6, 12 y 24 meses, aunque esto pueda requerir un tiempo y gastos de bolsillo adicionales.

Estas citas son necesarias para monitorear mi salud y obtener datos para investigación. Soy consciente de que las pruebas posteriores a la donación podrían revelar resultados anormales o falso positivos que pueden desencadenar la realización de pruebas adicionales que tienen riesgos y costos asociados.

Me han informado que se requiere que el programa de trasplante envíe información relacionada con mi donación, el trasplante de hígado y formularios sobre Seguimiento del donante vivo a UNOS/OPTN a los 6, 12 y 24 meses después de la donación. Esto es obligatorio bajo la Política 18.5 de OPTN/UNOS. Para obtener esta información, me contactarán para acordar las pruebas ya sea en el programa de trasplante o a través de mi médico de cuidado primario.

Estas pruebas incluyen, entre otros, controles de presión sanguínea, análisis de laboratorio, estudios hepáticos por imágenes y antecedentes y un examen físico. Entiendo que el Programa de Donantes Vivos de Hartford Hospital requerirá que mi médico de cuidado primario u otros médicos involucrados en mi cuidado de salud compartan los informes con ellos para que puedan monitorear mi salud después de la donación y cumplir con estas obligaciones de informe de datos del donante vivo.

Por la presente, autorizo al Programa de Trasplante de Hartford Hospital a obtener estos registros de forma indefinida.

Entiendo que todos los registros y comunicaciones que yo tenga con el Programa de Trasplante de Hartford Hospital, incluidos todos los aspectos de la evaluación y el proceso de donación, son confidenciales y están protegidos por leyes de privacidad estatal y federal. Tales información solo se podrá usar o divulgar según lo permitan esas leyes y políticas del hospital aplicables, o con mi autorización.

Soy consciente de que la información de salud obtenida durante mi evaluación estará sujeta a las mismas regulaciones que todos los registros médicos y podría revelar condiciones que el programa de trasplante debe informar a las autoridades de salud pública a nivel local, estatal o federal. Me han informado que cualquier enfermedad infecciosa o malignidad pertinente al cuidado del/de la receptor/a que se descubra durante los dos primeros años posteriores a mi cirugía serán divulgados al equipo de trasplante del/de la receptor/a. En los casos de enfermedades de informe obligatorio, esto se informará a las autoridades de salud pública a nivel local, estatal y federal. Esto también se informará al Portal para mejorar la seguridad de los pacientes de UNOS/OPTN.

Soy consciente de que es posible que mi hígado donado pudiera no funcionar y/o que el/la receptor/a pueda desarrollar complicaciones graves incluida la muerte, tanto durante como después de la cirugía. También estoy consciente de que el motivo por el que el/la receptor/a necesita un trasplante de hígado es que tiene una condición médica grave y puede tener factores de riesgo para una morbilidad o mortalidad aumentada que no me han divulgado.

Me han informado que no es posible enumerar todas las complicaciones potenciales relacionadas con la cirugía de donante y que mi cirugía puede ser terminada en cualquier momento, en base a mi condición clínica durante la misma. Entiendo que si se determina que soy un/a donante de hígado apto/a y decido continuar con el proceso de donación, se volverán a analizar conmigo los riesgos de la cirugía cuando me reúna con el cirujano de donación para firmar el consentimiento quirúrgico para una hepatectomía parcial de donante vivo.

Iniciales del/de la paciente _____

Página 9 de 10

Entiendo cuál debería ser mi función hepática prevista después de la donación y cómo me podrían impactar potencialmente la disfunción/enfermedad hepática aguda o crónica.

Al final de este proceso, comprendo que recibiré una comunicación en persona o una carta formal de notificación en relación con mi estado en la que se indica una de las siguientes opciones:

- a. Que me han aceptado como donante de hígado vivo***
- b. Que me han aceptado condicionalmente y que tengo que completar la toma de medidas específicas antes de ser donante***
- c. Que no soy un/a candidato/a aceptable para la donación de hígado de donante vivo y el o los motivos para esta decisión***
- d. Entiendo que si Hartford Hospital me rechaza como donante potencial, puedo ser evaluado/a por otro programa de trasplante que pudiera tener distintos criterios de selección***

Confirmando que he recibido toda la información mencionada previamente del Equipo de trasplante, así como una copia de este documento. Me han brindado la oportunidad de leer la información y hacer preguntas. Entiendo la información que me han proporcionado.

Por último, afirmo que estoy dispuesto/a a proceder con el proceso de evaluación como donante vivo y que no recibí incentivo y/o coacción. Entiendo el propósito, los beneficios, los riesgos y las alternativas a la donación de hígado vivo y trasplante al receptor. Entiendo que no hay ningún beneficio médico al hacerme esta cirugía, y que no me han dado ninguna garantía en relación con el éxito de la cirugía de trasplante para el/la receptor/a. Vuelvo a declarar que soy consciente de que en cualquier momento durante la evaluación o antes de la cirugía, tengo la libertad de decidir, por cualquier motivo, que ya no deseo convertirme en donante y puedo retirar mi consentimiento y finalizar este proceso de una forma protegida y confidencial.

Firmas

Firma del/de la donante_____ **Fecha/Hora** _____

Firma del cirujano de donación _____ **Fecha/Hora** _____

Nombre en imprenta_____

Firma del coordinador para el donante_____ **Fecha/Hora** _____

Nombre en imprenta_____

Iniciales del/de la paciente_____