



Consentimiento Informado para Trasplante renal (Receptor)

Nombre del paciente: _____

Por la presente, autorizo al Dr. _____ para que realice la siguiente cirugía:

Lugar de implante del receptor: ☐ **Fosa ilíaca derecha** ☐ **Fosa ilíaca izquierda** ☐ **Línea media**

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 en la cirugía especificada arriba. Estas personas realizarán tareas que están dentro de su ámbito de práctica, según lo determinado por la ley y las regulaciones estatales, y para las cuales el hospital les ha otorgado privilegios. 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 previsibles de la cirugía propuesta, incluyendo el riesgo de que la cirugía propuesta tal vez no alcance el objetivo deseado; (iii) los beneficios de la cirugía propuesta/procedimiento/tratamiento propuesto; (iv), las alternativas a la cirugía propuesta y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas; y (v) los riesgos razonablemente previsibles y las alternativas a la transfusión de sangre y productos de la sangre si necesitara una transfusión.

Me han informado sobre los datos más recientes del SRTR (siglas en inglés para Registro Científico de Receptores de Trasplantes) del Centro de Trasplante de Hartford Hospital, mi derecho de rehusar el trasplante o tratamiento y los riesgos específicos asociados con el riñón que voy a recibir.

Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para la cirugía, me han informado sobre los siguientes riesgos razonablemente previsibles:

- Obstrucción o perforación intestinal
- El órgano del donante no funciona
- El órgano del donante funciona mal
- Coágulo sanguíneo en piernas o pulmones
- Complicaciones técnicas en vasos sanguíneos o uréter del órgano para trasplante
- Necesidad posible de retrasplante y reoperación
- Muerte
- Riesgos de la anestesia
- Posible necesidad de diálisis
- Infección de la herida
- Infección sistémica
- Neumonía
- Ataque cardíaco
- Rechazo
- Hemorragia, acumulación de líquidos

Iniciales del paciente _____

Fecha _____



No hay ninguna forma integral de hacer un cernimiento de todas las enfermedades transmisibles en los donantes potenciales. En ocasiones, se pueden identificar agentes infecciosos, tumores asociados al donante o enfermedades genéticas después del trasplante.

El hecho de recibir cualquier órgano de un donante conlleva el riesgo de recibir un órgano con función comprometida y/o de transmisión de enfermedades, a pesar de haber realizado pruebas adecuadas de detección y de que los resultados hayan sido negativos. 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. Estas enfermedades infecciosas incluyen, entre otras, al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Hepatitis C (HCV) y Hepatitis B (HBV).

- ☐ El riñón que le ofrecemos procede de un donante que, en los 30 días previos a la donación de órganos, no presentaba ninguno de los factores de riesgo identificados por el PHS.
- ☐ El riñón que le ofrecemos es de un donante quien, durante los 30 días previos a la donación de órganos, presentó uno o más de los siguientes comportamientos, circunstancias y/o situaciones médicas que cumplen con los **criterios de riesgo elevado del PHS**:
- 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 del paciente _____

Fecha _____

KDPI >85 %

- ☐ No corresponde
- ☐ El riñón que le ofrecemos se considera un riñón de donante con un **KDPI >85 %**.

El Índice de Perfil del Donante Renal (KDPI, por sus siglas en inglés) es un valor numérico único que combina varias características de un donante renal fallecido, tales como edad, estatura, peso, causa de muerte, historial de hipertensión arterial, historial de diabetes y creatinina sérica. El KDPI le indica cuánto tiempo se espera que funcione el riñón de un donante fallecido en comparación con todos los riñones extraídos en los Estados Unidos durante el último año.

Las puntuaciones más bajas del KDPI se asocian con una función estimada más prolongada, mientras que las puntuaciones más altas del KDPI se asocian con una función estimada más corta. **El riñón que le ofrecemos se considera un riñón de donante con un KDPI >85%.** Esto significa que se espera que el riñón tenga una vida útil promedio más corta que aproximadamente el 85% de los demás riñones de donantes fallecidos.



6816

Usted certifica que comprende que el riñón que se le ofrece se considera un riñón con un KDPI >85 %. Le han explicado los riesgos, los beneficios y las alternativas, y usted comprende la información que se le ha proporcionado.

Iniciales del paciente _____

Fecha _____

Incompatibilidad intencional de grupo sanguíneo

- ☐ No corresponde
- ☐ El riñón que le ofrecemos presenta **incompatibilidad intencional de grupo sanguíneo** (no A₁ o no A₁B con B).

Un trasplante renal con incompatibilidad intencional de grupo sanguíneo significa que el grupo sanguíneo del donante y el del receptor no son naturalmente compatibles. Usted declara que se le ha informado que su grupo sanguíneo es B, y que el riñón que se le ofrece proviene de un donante con un grupo sanguíneo intencionalmente incompatible (no A₁ o no A₁B). Se le han explicado los riesgos, los beneficios y las alternativas, y usted comprende la información que se le ha proporcionado.

Iniciales del paciente _____

Fecha _____

Resultados positivos en los resultados de laboratorio del donante

- ☐ No corresponde
- ☐ El riñón que le ofrecemos tiene los siguientes **resultados positivos en los resultados de laboratorio del donante:**

- ☐ Hepatitis C (VHC) resultados de laboratorio positivos
- ☐ Anticuerpos contra el VHC +/- NAT del VHC - (infección remota, riesgo estimado de transmisión de la enfermedad del 16%)
 - ☐ Anticuerpos contra el VHC +/- NAT del VHC + (infección activa, riesgo estimado de transmisión de la enfermedad del 100%)
- ☐ Hepatitis B (VHB) resultados de laboratorio positivos
- ☐ HBVcAb + (infección crónica)
 - ☐ HBVsAg + y/o VHB NAT + (infección activa)
- ☐ Otra (Describa): _____

Usted certifica que comprende que el riñón que se le ofrece procede de un donante con los resultados de laboratorio seleccionados anteriormente. Le han explicado los riesgos, beneficios y alternativas, y usted comprende la información que se le ha proporcionado.

Iniciales del paciente _____

Fecha _____

VIH

- ☐ No corresponde
- ☐ El riñón que le ofrecemos procede de un donante que tiene **VIH**.

Usted certifica que vive con VIH y comprende que el riñón que se le ofrece procede de un donante con VIH. Le han explicado los riesgos, beneficios y alternativas, y comprende la información que se le ha proporcionado.

Iniciales del paciente _____

Fecha _____



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 riesgos y beneficios potenciales del tratamiento y/o procedimiento especial propuesto, que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados que se pueden obtener, y que me han ofrecido responder a todas mis preguntas sobre la cirugía propuesta. Me respondieron todas mis preguntas satisfactoriamente.

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 la médico/a o médicos/as mencionados/as arriba a que tomen fotografías, video y/o usen cualquier otro medio que dé como resultado la documentación permanente de mi imagen para propósitos médicos, científicos o educativos, siempre que no revelen mi identidad. Accedo a que el 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.

Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya hecho uso de él. Habiendo leído este formulario y hablado con mi médico, mi firma reconoce que doy voluntariamente mi autorización y consentimiento para la realización de la cirugía/procedimiento/tratamiento descrito anteriormente.

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