

CONSENTIMIENTO PARA RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

[TEXTO]

El procedimiento quirúrgico y el cuidado postoperatorio se realizarán en el Hospital

Como paciente que está o va a estar en tratamiento con diálisis la realización del mismo se realizará (dentro/fuera) de nuestras instalaciones y de acuerdo a las posibilidades y convenios con el hospital y del propio paciente.

El presente documento contiene información sobre aspectos que van a influir en los resultados. Toda la información ha sido seleccionada por existir suficiente evidencia sobre su efecto positivo, resultados actuales del trasplante de riñón en nuestro establecimiento, estadísticas Estatales, Nacionales e internacionales.

Actualmente los resultados generales del trasplante renal son exitosos en un ___%. Existe una tasa de mortalidad que corresponde a la que existe en cualquier intervención quirúrgica mayor (aproximadamente 1%). El trabajo fundamental para evitarla se realiza en la preparación y selección del paciente.

Por esta razón debe saber que, aunque pueda ser inicialmente incluido en la base de datos (lista de espera) para trasplante, un cambio en su situación clínica puede condicionar su salida de la misma. Ésta acción se realizará con el único fin de evitarle riesgos mayores.

Pueden surgir algunas complicaciones quirúrgicas o médicas en el inmediato o mediano postoperatorio.

La cirugía de trasplante renal se realiza bajo anestesia general, la incisión (herida quirúrgica) es amplia para visualizar los vasos sanguíneos en que se conectará el riñón trasplantado y los conductos de la vía urinaria.

La función del riñón trasplantado puede tardar de acuerdo a las condiciones del propio órgano y ocasionalmente se requerirá continuar con hemodiálisis hasta que la función órgano trasplantado sea suficiente.

Las condiciones que se presenten le serán apropiadamente explicadas para tomar conjuntamente las decisiones que sean necesarias.

Pueden aparecer complicaciones importantes relacionadas con el estado de inmunosupresión (disminución de defensas contra agentes externos al organismo) que es necesario modular para evitar el rechazo del riñón trasplantado.

Con la intención de que usted no corra más riesgos de los necesarios, en todo momento se puede plantear el dilema entre conservar la salud general o la condición del injerto renal. La decisión sobre la actitud más favorable, en su caso, se tomará de común acuerdo.

La posibilidad de un rechazo, casi siempre controlable, es de alrededor del █% Esto supone que los medicamentos que serán administrados son muy efectivos.

Estudios recientes confirman que entre pacientes de similares características, aquellos que son trasplantados con éxito viven más que aquellos que continúan esperando en diálisis.

Sin embargo existen condiciones propias de cada paciente que limitan el acceso a un trasplante como la hiperinmunización, contraindicaciones temporales, otras enfermedades concomitantes. Estas condiciones pueden alargar el periodo de hospitalización y recuperación.

Soy consciente que mi donante puede ser excluido como tal en cualquier momento antes de la cirugía por decisión propia del donante o como resultado de la evaluación médica.

[TEXTO]

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECEPTOR DE
TRASPLANTE RENAL DE DONADOR VIVO RENACIONADO:**

Nombre: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____ Ocupación: _____

Al firmar el presente documento doy por entendido que:

1. He leído (o me han leído), entendido y estoy de acuerdo en todo lo mencionado. Me ha explicado satisfactoriamente los beneficios y riesgos del tratamiento propuesto.
2. He sido informado por mi médico tratante de las alternativas de tratamiento con su eficacia y efectos secundarios, y de las posibles consecuencias que supone rechazar este tratamiento.
3. Conozco la información contenida en este documento, un médico ha aclarado todas mis dudas y he tenido la oportunidad de preguntar lo que no entendí. Recibiré una copia del presente documento.
4. He comprendido todo lo anterior y doy mi consentimiento para ser intervenido quirúrgicamente con el procedimiento de trasplante renal.
5. Nunca se me hicieron promesas o garantizó el éxito del trasplante.
6. Firmo este consentimiento voluntaria y libremente, sin ningún tipo de presión por terceros.
7. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía.

8. Yo, _____ doy mi consentimiento y autorizo al personal médico y de apoyo, del Hospital _____ a realizar todos los estudios y procedimientos necesarios para garantizar el mejor resultado del trasplante incluyendo la cirugía. Entiendo que si durante la cirugía ocurriera alguna eventualidad inesperada, los médicos deberán realizar los procedimientos medicamente necesarios para asegurar mi bienestar y por lo tanto autorizo dichas acciones.
9. Todos los espacios en blanco de este documento, fueron completados antes de firmar. Autorizo el procedimiento del trasplante.

Nombre y firma _____ Fecha ___/___/___ *

*En caso de menor de edad: Nombre y firma del Tutor o Representante Legal.

Testigo 1 Nombre y firma: _____ Fecha ___/___/___ *

Domicilio _____, Parentesco _____

Testigo 2 Nombre y firma: _____ Fecha ___/___/___ *

Domicilio _____, Parentesco _____

Nombre y firma del médico representante del Comité Interno de Trasplantes que explicó el documento: _____ Fecha ___/___/___ *

* Formato de fecha: dd/mm/aaaa