

 	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE PARA TRASPLANTE CON DONANTE VIVO</b>	<b>FECHA:</b> 31-05-2023
	<b>Versión: 05</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-390
	<b>PUBLICADO</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>EN ANALISIS</b> <input type="checkbox"/> <b>BORRADOR</b> <input type="checkbox"/> <b>OBSOLETO</b> <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 1 de 5

TRAZABILIDAD:

Yo, \_\_\_\_\_, con CC: \_\_\_\_\_,  
(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)

libre, en forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales y de conformidad a lo determinado en la Constitución de la República, Ley Orgánica de Salud y más normativa legal vigente declaro que he sido informado/a y valorado/a por el equipo médico del establecimiento de salud \_\_\_\_\_ como donante  
(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD)

vivo para trasplante:

Renal

Hepático

Me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y el propósito de la extracción quirúrgica del órgano (nefrectomía – riñón/hepatectomía segmentaria - hígado), con intenciones de ser implantado en el/la paciente con insuficiencia renal o hepática (el receptor cumple con lo especificado en el literal b. del artículo 33 de la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células), para mejorar su calidad de vida y supervivencia. Soy conocedor/a de los posibles riesgos y complicaciones y consciente que no existen garantías absolutas.

Comprendo que la cirugía va a consistir más o menos en lo siguiente:

• **PROCEDIMIENTO:**

Se practicará la cirugía con anestesia general, con el objeto de realizar \_\_\_\_\_, para la  
(DESCRIBIR INCISION)

 	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE PARA TRASPLANTE CON DONANTE VIVO</b>				<b>FECHA:</b> 31-05-2023
					<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-390
	<b>Versión: 05</b>				<b>PÁGINA:</b> 2 de 5
	<b>PUBLICADO</b>	<b>EN ANALISIS</b>	<b>BORRADOR</b>	<b>OBSOLETO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

extracción de uno (1) de mis riñones  y será necesario el aislamiento de arterias, venas y uréter. En el caso de la extracción de un segmento de mi hígado  será necesario el aislamiento de arterias, venas y conducto biliar.

En el caso que la técnica quirúrgica propuesta no pueda llevarse a cabo se procederá a

---

Durante y/o después de la cirugía se puede requerir la administración de grandes volúmenes de líquidos (incluida sangre y sus derivados), antibióticos, analgésicos y otros medicamentos.

- **RIESGOS**

Antes de someterme a la cirugía, es de vital importancia comprender los riesgos asociados. Si bien podrían presentarse los riesgos enumerados más adelante, también podría haber otros riesgos imprevistos por el médico y que no están incluidos en esta lista.

1. Hemorragia, infección, complicaciones cardíacas, renales y pulmonares, hemorragia cerebral, conversión a cirugía abierta, dolor postoperatorio por difusión de gases al tórax, lesión de asa intestinal o peritoneal, lesión hepática, de bazo o ureteral, laceración/ desgarro de grandes vasos, colección intraabdominal (linfocele), hernia de pared abdominal.
2. Existe el riesgo, en un porcentaje menor al 1%, de que desarrolle enfermedad renal crónica a largo plazo (más de 15 años) a pesar de haber estado previamente sano.
3. Efectos secundarios a la medicación que se haya requerido utilizar para la cirugía y anestesia.
4. Existencia de complicaciones generales relacionadas a toda cirugía bajo anestesia general.

 	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE PARA TRASPLANTE CON DONANTE VIVO</b>				<b>FECHA:</b> 31-05-2023
					<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-390
	<b>Versión: 05</b>				<b>PÁGINA:</b> 3 de 5
	<b>PUBLICADO</b>	<b>EN ANALISIS</b>	<b>BORRADOR</b>	<b>OBSOLETO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

5. Posibilidad de cualquier complicación no controlable que pueda inclusive causarme la muerte.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído (o alguien me ha leído) la información proporcionada acerca de la donación en vida de un órgano renal  o hepático

Tuve la oportunidad de formular preguntas las cuales se respondieron satisfactoriamente.

Se me asegura que la cirugía va a ser realizada por un equipo multidisciplinario de profesionales dirigidos por el/la doctor(a) \_\_\_\_\_, mismo que  
(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)  
cuentan con el conocimiento, preparación, equipos e insumos necesarios y acreditación del INDOT para la realización de la cirugía y el tratamiento de cualquiera de las complicaciones que pudieran presentarse, con la intención de minimizar los riesgos y tratar de conseguir el resultado esperado.

Estoy informado que puedo revocar mi consentimiento en forma verbal hasta el momento mismo de la cirugía, mientras conserve mi capacidad de expresar mi voluntad.

Esta revocatoria no generará obligación de ninguna clase, ni dará lugar a indemnización alguna por daños y perjuicios o pérdida de mis derechos.

Firmaré los consentimientos informados para cada uno de los procedimientos que se requirieron para la valoración.

 	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE PARA TRASPLANTE CON DONANTE VIVO</b>				<b>FECHA:</b> 31-05-2023
					<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-390
	<b>Versión: 05</b>				<b>PÁGINA:</b> 4 de 5
	<b>PUBLICADO</b>	<b>EN ANALISIS</b>	<b>BORRADOR</b>	<b>OBSOLETO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

En este sentido, **doy mi consentimiento libre y voluntario/a para que:**

1. Se me realice la cirugía arriba descrita y las cirugías complementarias que sean necesarias o convenientes a juicio de los profesionales de la salud que se encuentren a cargo.
2. Se me administre la anestesia arriba señalada, así como las medidas complementarias que se estimen necesarias.
3. En la cirugía participen, ayudantes, estudiantes de medicina, médicos cooperantes o médicos no especialistas en proceso de formación exclusivamente. Quedando bajo responsabilidad del jefe del equipo quirúrgico la supervisión y actuación de los participantes.
4. En cualquier caso, deseo que se respeten las siguientes condiciones: (si no hay póngase “ninguna”. Si existe hágase constar).

**MÉDICO ESPECIALISTA:**

He explicado los detalles, riesgos, beneficios de la donación en vida de órganos para el tratamiento de la insuficiencia renal o hepática, y he contestado a todas las preguntas realizadas.

El ciudadano entiende la información proporcionada en este documento y libremente da su consentimiento para que se realice el procedimiento antes descrito.

**FIRMAS:**

Paciente donante  
Nombre:  
CC:

Nefrólogo/Gastroenterólogo/Hepatólogo acreditado  
Nombre:  
CC:

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Organos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE PARA TRASPLANTE CON DONANTE VIVO</b></p>	<p><b>FECHA:</b> 31-05-2023</p>	
		<p><b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-390</p>	
	<p><b>Versión: 05</b></p>		<p><b>PÁGINA:</b> 5 de 5</p>
	<p><b>PUBLICADO</b> <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>EN ANALISIS</b> <input type="checkbox"/></p>	

Cirujano acreditado

Nombre:

CC:

Nefrólogo/Gastroenterólogo/Hepatólogo NO integrante del Equipo de Trasplante

Nombre:

CC:

Testigo

Nombre:

CC: