

	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO RELACIONADO	FECHA: 01-12-2016						
		CÓDIGO: RG-INDOT-390						
	Versión: 01	PÁGINA: 1 de 5						
	<table border="0"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANALISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td>OBSOLETO</td> </tr> <tr> <td align="center"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

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.

Se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza y el propósito del procedimiento quirúrgico, para mejorar mi calidad de vida y mi supervivencia, así como sus posibles riesgos y complicaciones. Soy consciente que no existen garantías absolutas que el resultado de la operación sea la más satisfactoria.

Me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y el propósito de la extracción quirúrgica (nefrectomía), con intenciones de ser implantado en el paciente con insuficiente renal (El receptor se encuentra dentro de lo que determina 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, así como sus posibles riesgos y complicaciones. Soy consciente que no existen garantías absolutas.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO RELACIONADO				FECHA: 01-12-2016
					CÓDIGO: RG-INDOT-390
	Versión: 01				PÁGINA: 2 de 5
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

- a) Se practicará la intervención quirúrgica con anestesia general, con el objeto de realizar para la extracción de uno de mis riñones será necesario el aislamiento de arterias, venas y uréter.
(DESCRIBIR INCISIÓN)
En el caso que la técnica quirúrgica propuesta no pueda llevarse a cabo se procederá a.....
(DESCRIBIR ALTERNATIVA QUIRÚRGICA)
- b) Durante y/o después de la operación se puede requerir la administración de grandes volúmenes de líquidos (incluida sangre y sus derivados), antibióticos, analgésicos y otros medicamentos.
- c) Los riesgos posibles más importantes son: hemorragia, infección, complicaciones cardíacas, renales y pulmonares, hemorragia cerebral, conversión a cirugía abierta, dolor post operatorio por difusión de gases al tórax, lesión de asa intestinal o peritoneal, lesión hepática, bazo o ureteral, laceración/ desgarro aórtico de grandes vasos, colección intraabdominal (linfocele), hernia de pared abdominal y además que existe el riesgo de que desarrolle Enfermedad Renal Crónica a largo plazo (más de 15 años) a pesar de haber estado previamente sano, en un porcentaje menor al 1%.
- d) Que los efectos secundarios a la medicación que se haya requerido utilizar para el procedimiento quirúrgico y anestésico.
- e) Que existe complicaciones generales relaciones a toda intervención quirúrgica bajo anestesia
- f) Existe la posibilidad de cualquier complicación no controlable pueda inclusive causarme la muerte.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO RELACIONADO				FECHA: 01-12-2016
					CÓDIGO: RG-INDOT-390
	Versión: 01				PÁGINA: 3 de 5
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Se me asegura que la intervención va a ser realizada por el equipo de médicos, enfermeros/as y asistentes dirigido por el/la doctor(a), mismo
(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)
que cuentan con el conocimiento, preparación, equipos e insumos necesarios y suficientes para la realización del procedimiento 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 intervención quirúrgica, 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.

DOY MI CONSENTIMIENTO LIBRE Y VOLUNTARIO/A PARA QUE:

1. Se me realice la operación arriba descrita y las operaciones complementarias que sean necesarias o convenientes a juicio de los profesionales de la salud que lleven a cabo.
2. Se me administre la anestesia arriba señalada, así como las medidas complementarias que se estimen necesarias.

 <p>Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO RELACIONADO				FECHA: 01-12-2016
					CÓDIGO: RG-INDOT-390
	Versión: 01				PÁGINA: 4 de 5
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3. En la operación participen, ayudantes o auxiliares, estudiantes de medicina, médicos cooperantes o médicos no especialista 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: He explicado los detalles, riesgos, beneficios y alternativas del trasplante de riñón, y he contestado a todas sus preguntas. Creo que entiende la información proporcionada en este documento y libremente da su consentimiento para que se realice el procedimiento descrito. He hablado acerca de los aspectos importantes de los riesgos y beneficios.

e) Firmas

Paciente receptor
Nombre:
CC:

Nefrólogo responsable acreditado
Nombre:
CC:

 <p>Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	<p align="center">CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE TRASPLANTE RENAL CON DONANTE VIVO RELACIONADO</p>				<p>FECHA: 01-12-2016</p>
					<p>CÓDIGO: RG-INDOT-390</p>
	<p>Versión: 01</p>				
	<p>PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>EN ANALISIS <input type="checkbox"/></p>	<p>BORRADOR <input type="checkbox"/></p>	<p>OBSOLETO <input type="checkbox"/></p>	<p>PÁGINA: 5 de 5</p>

Cirujano responsable acreditado

Nombre:

CC:

Nefrólogo no integrante del Equipo de Trasplante

Nombre:

CC:

Testigo

Nombre:

CC: