


<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE</p> <p>TRASPLANTE CON DONANTE VIVO RELACIONADO</p>	<p>FECHA: 18-01-2023</p>	
		<p>CÓDIGO: RG-INDOT-390</p>	
	<p>Versión: 04</p>		<p>PÁGINA: 1 de 5</p>
	<p>PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/></p>		

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 (nefrectomía/hepatectomía segmentaria), con intenciones de ser implantado en el 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 intervención quirúrgica va a consistir en lo siguiente:

- a) Se practicará la intervención quirúrgica con anestesia general, con el objeto de realizar para la
(DESCRIBIR INCISIÓN)
 extracción de uno de mis riñones y será necesario el aislamiento de arterias, venas

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Organos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE TRASPLANTE CON DONANTE VIVO RELACIONADO	FECHA: 18-01-2023	
		CÓDIGO: RG-INDOT-390	
	Versión: 04		PÁGINA: 2 de 5
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANALISIS <input type="checkbox"/>	


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.....

- b) Durante y/o después del procedimiento quirúrgico se puede requerir la administración de grandes volúmenes de líquidos (incluida sangre y sus derivados), antibióticos, analgésicos y otros medicamentos.
- c) **Riesgos:** hemorragia, infección, complicaciones cardiacas, 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, 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.
- d) Efectos secundarios a la medicación que se haya requerido utilizar para el procedimiento quirúrgico y anestésico.
- e) Existencia de complicaciones generales relaciones a toda intervención quirúrgica bajo anestesia.
- f) Posibilidad de cualquier complicación no controlable que pueda inclusive causarme la muerte.

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)

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Organos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE</p> <p>TRASPLANTE CON DONANTE VIVO RELACIONADO</p>	<p>FECHA: 18-01-2023</p>	
		<p>CÓDIGO: RG-INDOT-390</p>	
	<p>Versión: 04</p>		<p>PÁGINA: 3 de 5</p>
	<p>PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>EN ANALISIS <input type="checkbox"/></p>	


que cuentan con el conocimiento, preparación, equipos e insumos necesarios y acreditación del INDOT 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.

En este sentido, 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 se encuentren a cargo.
2. Se me administre la anestesia arriba señalada, así como las medidas complementarias que se estimen necesarias.
3. En el procedimiento quirúrgico participen, ayudantes o auxiliares, 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.

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Organos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE TRASPLANTE CON DONANTE VIVO RELACIONADO	FECHA: 18-01-2023	
		CÓDIGO: RG-INDOT-390	
	Versión: 04		PÁGINA: 4 de 5
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>		

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 renal/hepático, y he contestado a todas sus preguntas. He hablado acerca de los aspectos importantes de los riesgos y beneficios. El ciudadano entiende la información proporcionada en este documento y libremente da su consentimiento para que se realice el procedimiento descrito.


Firmas:

Paciente donante
Nombre:
CC:

Nefrólogo o Hepatólogo responsable acreditado
Nombre:
CC:

Cirujano responsable acreditado
Nombre:
CC:

Nefrólogo o Gastroenterólogo/Hepatólogo no integrante del Equipo de Trasplante
Nombre:
CC:

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DONANTE TRASPLANTE CON DONANTE VIVO RELACIONADO</p>	<p>FECHA: 18-01-2023</p>	
		<p>CÓDIGO: RG-INDOT-390</p>	
	<p>Versión: 04</p>		<p>PÁGINA: 5 de 5</p>
	<p>PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>EN ANALISIS <input type="checkbox"/></p>	

Testigo
Nombre:
CC: