



Ministerio de Salud Pública

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - INDOT

FORMULARIO DVR-02 CONSENTIMIENTO PARA LA DONACIÓN RENAL DE TIPO VIVO RELACIONADO



ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA
NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES

Ciudad: Provincia: Fecha:

DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR:

CÓDIGO:

Apellidos y nombres: Cédula:

Parentesco:

Lugar y fecha de nacimiento: Nacionalidad: Edad:

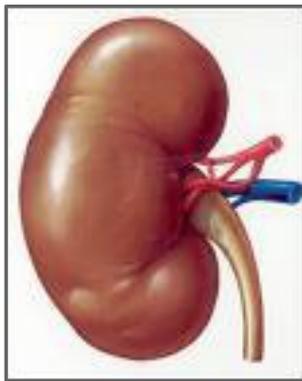
Dirección domiciliaria:

Provincia: Cantón: Referencia domicilio:

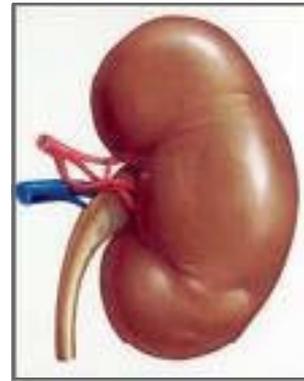
Teléfono domicilio: Teléfono móvil: Correo electrónico:

INTERVENCIÓN A REALIZAR:

Extracción Riñón:



RIÑÓN DERECHO



RIÑÓN IZQUIERDO

Unidad Médica Acreditada: Tipo de anestesia:

DATOS DEL PACIENTE DONANTE:

CÓDIGO:

Apellidos y nombres: Cédula:

Lugar y fecha de nacimiento: Nacionalidad: Edad:

Dirección domiciliaria:

Provincia: Cantón: Referencia domicilio:

Teléfono domicilio: Teléfono móvil: Correo electrónico:

OBSERVACIONES:

DECLARACIÓN DEL RECEPTOR :

Se me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta operación, sus posibles riesgos y complicaciones. Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la operación sea el más satisfactorio. Comprendo que la intervención quirúrgica va a consistir más o menos en lo siguiente: incisión en el abdomen cerca de las fosas ilíacas e implante de riñón procedente de donante. Estas maniobras requieren la disección de arterias, venas, uréter, y vejiga, realización de uniones entre estas estructuras. También se me ha explicado que 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, que los riesgos posibles más importantes son: Específicos a un trasplante visceral: Fallo del injerto instalado, hemorragia, obstrucciones de las uniones arteriales, venosas, ureterales, y vesicales. Infección y rechazo, complicaciones neurológicas, cardíacas, renales y pulmonares por trombosis, embolias, hemorragia cerebral, efectos secundarios a la medicación específica del trasplante, generales a toda intervención quirúrgica y anestésica. Así como la posibilidad de cualquier complicación no controlable pueda inducir a la muerte y que la intervención va a ser realizada por un equipo de médicos, enfermeros/as y asistentes dirigido por el:

Dr: _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)

DOY MI CONSENTIMIENTO LIBRE Y VOLUNTARIO PARA:

1. Se me realice la operación arriba descrita y las operaciones complementarias que sean necesarias o convenientes durante o por la realización de ésta a juicio de los profesionales que la lleven a cabo.
2. Se me administre la anestesia arriba señalada, así como las medidas complementarias que se estimen necesarias.
3. Que en la operación participen, ayudantes o auxiliares, estudiantes de medicina, o médicos no especialistas en proceso de formación.
También doy mi consentimiento para que se tomen filmaciones o videos para propósitos docentes o científicos exclusivamente.
4. Que en cualquier caso deseo que se respeten las siguientes condiciones: (Si no hay póngase " ninguna " .
Si existe hágase constar).

PACIENTE RECEPTOR
NOMBRE:
C.I.

REPRESENTANTE LEGAL (MENORES DE EDAD)
NOMBRE:
C.I.

CIRUJANO RESPONSABLE ACREDITADO
NOMBRE:
C.I.

NEFRÓLOGO NO INTEGRANTE
DEL EQUIPO DE TRASPLANTE
NOMBRE:
C.I.

TESTIGO
NOMBRE:
C.I.

NEFRÓLOGO RESPONSABLE ACREDITADO
NOMBRE:
C.I.