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

FORMULARIO INDOT - DVR - 02

CONSENTIMIENTO PARA LA DONACIÓN RENAL DE TIPO VIVO RELACIONADO

VERSIÓN	01	TRAZABILIDAD	DVR-01-CZ..-PRL-2014-....

Ciudad: Provincia: Fecha:

Unidad Médica Acreditada:

DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR: CÓDIGO:

Apellidos y nombres: Cédula:

Lugar y fecha de nacimiento: Nacionalidad: Edad:

Dirección domiciliaria:

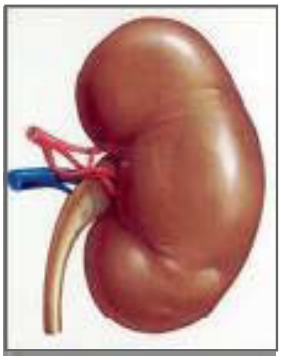
Provincia: Cantón: Referencia domicilio:

Teléfono domicilio: Teléfono móvil: Correo electrónico:

INTERVENCIÓN A REALIZAR:

Extracción Riñón:

RIÑÓN DERECHO



RIÑÓN IZQUIERDO

Tipo de anestesia:

DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR: CÓDIGO:

Apellidos y nombres:

Cédula: Parentezco:

Lugar y fecha de nacimiento: Nacionalidad: Edad:

Dirección domiciliaria:

Provincia: Cantón: Referencia domicilio:

Teléfono domicilio: Teléfono móvil: Correo electrónico:

OBSERVACIONES:

DECLARACIÓN DEL DONANTE: :

Se me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta operación, sus posibles riesgos
complicaciones. Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la operación se
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 maniobra
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
grande volúmenes de líquidos (incluida sangre y sus derivados), antibióticos, analgésicos y otros medicamento
que los riesgos posibles más importantes son: Específicos a un trasplante visceral: Fallo del injerto instalad
hemorragia, obstrucciones de las uniones arteriales, venosas, ureterales, y vesicales. Infección y rechaz
complicaciones neurológicas, cardíacas, renales y pulmonares por trombosis, embolias, hemorragia cerebra
efectos secundarios a la medicación específica del trasplante, generales a toda intervención quirúrgica
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
   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 necesar

3. Que en la operación participen, ayudantes o auxiliares, estudiantes de medicina, médicos coperantes
   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.

_____
NEFRÓLOGO RESPONSABLE ACREDITADO
NOMBRE:
C.I.

_____
CIRUJANO RESPONSABLE ACREDITADO
NOMBRE:
C.I.

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

_____
TESTIGO
NOMBRE:
C.I.

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS
ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA. NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES