

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRASPLANTE RENAL DONANTE CADÁVER**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La intervención de Trasplante Renal Donante Cadáver consiste, en la colocación de un riñón compatible previamente extraído de un paciente con muerte encefálica, que ha estado conservado en frío.

La técnica quirúrgica consiste en la colocación de este riñón a través de una incisión en la parte inferior del abdomen, uniendo la vena y arteria del riñón donado a los vasos ilíacos del receptor. También se une el conducto que drena la orina (uréter) directamente a la vejiga o al uréter del receptor, quedando en su interior de forma transitoria con un catéter llamado doble jota, el que se retirará a través de la uretra con una cistoscopia algunas semanas posteriores a la intervención. Además, se utilizará de forma transitoria una sonda urinaria (Foley) que va desde la vejiga hacia el exterior por la uretra, y la que habitualmente se retira durante la hospitalización, salvo en algunas situaciones que se requiere mantener por más tiempo.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, tratamientos farmacológicos inmunosupresores, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Riesgos con mayor probabilidad de ocurrencia:

- Sangrado, que pueda requerir transfusiones de hemoderivados, y en algunos casos re-operaciones habitualmente urgentes.
- Rechazo de su sistema inmunológico al órgano trasplantado.
- No funcionamiento del injerto, y el eventual requerimiento de Diálisis posterior al trasplante, ya sea de forma transitoria o permanente.
- Complicaciones vasculares, como estenosis o trombosis arteriales y/o venosas que puedan requerir re-operaciones de manera urgente o programada de forma electiva.
- Complicaciones urológicas como estenosis ureteral y/o fístulas urinarias, que puedan requerir uso de sonda, instalación de drenajes u operaciones quirúrgicas tanto endoscópicas como abiertas.
- Pérdida del injerto como consecuencia de las complicaciones previamente mencionadas, con necesidad de terapia de reemplazo renal transitoria o definitiva, y la eventual necesidad de extraer el riñón trasplantado.
- Efectos indeseables asociados a los fármacos inmunosupresores e infecciones derivadas de la condición de inmunosuprimido.
- Mayor probabilidad de desarrollar cáncer que la población general, principalmente de piel y hematológicos.
- Riesgo vital como consecuencia de complicaciones médicas y/o quirúrgicas.

La presencia de estas complicaciones puede generar hospitalizaciones prolongadas y mayores costos.

Existe la posibilidad de nuevos diagnósticos producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

El diagnóstico, tratamiento y seguimiento será realizado por el equipo multidisciplinario de la unidad de trasplante.

Ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Trasplante Renal Donante Cadáver** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL TRASPLANTE RENAL DONANTE CADÁVER, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)