



Consentimiento Informado para  
Trasplante Renal Donante Cadáver

## **Consentimiento Informado para Trasplante Renal Donante Cadáver**

## Consentimiento Informado para Trasplante Renal Donante Cadáver

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que mi patología renal es permanente, irreversible y progresiva y que la mejor alternativa terapéutica para ella es el **TRASPLANTE RENAL**.

## INFORMACIÓN

1. En mi permanencia en el programa de trasplante seré evaluado por un equipo multidisciplinario, pudiendo ser visto por más de un nefrólogo, más de un cirujano, pertenecientes siempre a la Unidad de Trasplantes.
2. Una vez completado todas las evaluaciones médicas y exámenes, seré activado en la lista de espera nacional para trasplante Renal.
3. Los controles médicos (con informe médico y exámenes de la unidad de diálisis que corresponda) deberán efectuarse cada 2 meses a un máximo de 6 meses, En caso de inasistencia mayor a este periodo el Equipo de Trasplante podría no tomar el Órgano (Riñón) ofrecido, si esta situación Persiste podrían ser desactivado de la lista de espera Nacional.

En consecuencia he decidido libre y voluntariamente someterme a las evaluaciones, exámenes y controles periódicos que el equipo de la Unidad de Trasplantes de Clínica Dávila considere conveniente.

Del mismo modo he sido informado sobre los diferentes riesgos y complicaciones inherentes a la cirugía y derivados de ella, pese a la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización; comprendo también que el tratamiento inmunosupresor que debo llevar después del trasplante de por vida conlleva riesgos y complicaciones

### **1.- Los riesgos inherentes a la cirugía de trasplante son:**

- Trombosis arterial (<5%).
- Trombosis Venosa (<5%).
- Estenosis urinaria (<5%).
- Filtración urinaria (<5%).
- Rechazo celular agudo o hiperagudo (<10%).
- Sangrado post operatorio (<2%).
- Mortalidad (<2%).
- Sobrevida del injerto (>90%).

### **2.- La morbilidad médica, en general, se presenta en <10% de los pacientes:**

- Neumonía.
- Abscesos.
- Tromboembolismo Pulmonar.
- Infección de herida operatoria.
- Infarto agudo al miocardio.

- Edema agudo de pulmón.
- Necrosis tubular aguda con requerimientos de diálisis (25%).
- Falla primaria del injerto (<5%).

### **3.- Morbilidad relacionada con inmunosupresión:**

- Infección por citomegalovirus (20%).
- Nefrotoxicidad aguda crónica.
- Microangiopatía trombótica.
- Hipertensión arterial.
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Elevación de transaminasasa y bilirrubina.
- Litiasis biliar.
- Hirsutismo.
- Hiperplasia gingival.
- Hiperuricemia.
- Hiperlipidemia.
- Hiperglicemia.
- Temblores.
- Convulsiones.
- Neoplasias.
- Infecciones.
- Anorexia.
- Obesidad.
- Acné
- Trastornos gastrointestinales.
- Gastritis y úlcera péptica.
- Osteoporosis.
- Cataratas.
- Glaucoma.
- Depresión.
- Psicosis.
- Fragilidad capilar (hematomas).



- Reacciones anafilácticas.
- Pancitopenia.

Declaro que he leído este documento y que he comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, y que los profesionales de la Unidad de Trasplantes de Clínica Dávila me han permitido realizar todas mis observaciones y que han aclarado todas mis dudas, por lo que entiendo el beneficio y los riesgos del tratamiento elegido (Trasplante Renal).

También se me ha explicado que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones.

### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

### **TRASPLANTE RENAL**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).