



Consentimiento Informado para
Cirugía de Trasplante Renal.

Consentimiento Informado para Cirugía de Trasplante Renal.

Consentimiento Informado para Cirugía de Trasplante Renal.

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 es conveniente que mi patología renal es permanente, irreversible y progresiva y que por lo tanto la mejor alternativa terapéutica para ella es:

CIRUGÍA DE TRASPLANTE RENAL.

INFORMACION

Durante mi permanencia en el programa seré tratado por un equipo multidisciplinario y no por profesionales específicos aislados, pudiendo ser visto por dos o más nefrólogos e intervenido por dos o más cirujanos, pertenecientes siempre a la Unidad de Trasplantes.

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 transaminasas 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.

En consecuencia he decidido libre y voluntariamente someterme a las evaluaciones y exámenes que el equipo de la Unidad de Trasplantes de Clínica Dávila que 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

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).