



Clinical Transplant Services
Kidney/Pancreas Transplant Program

Mail Code: CB569 • 3181 SW Sam Jackson Park Rd. • Portland, OR 97239 -3098
Tel: 503/494-8500 • Toll free: 800/452-1369 x 8500 • Fax: 503/494-4492

PLANEAR CON ATELACIÓN PARA SU TRASPLANTE DE RIÑÓN/PÁCREAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Estar bien preparado para un trasplante de riñón es un clave básico de tener éxito. Este formulario le ayudará a planear para las cosas de forma práctica sobre la trasplantación y puede ayudar que esto es un período de transición sin tanta tensión para usted y su familia. Por favor, recuerde: Si hay cambios a estos planes, usted debe notificar a su coordinador.

Para llegar aquí:

•Cuando le llamen para el trasplante ¿cómo piensa llegar aquí? ¿Qué planes de transporte tiene usted? ____

Si va a volar ¿a están pagados sus boletos? _____

¿Cuál es su número de confirmación? _____

Si los boletos de avión no ya están pagados, ¿tiene los fondos disponibles para comprarlos? _____

Ya tiene los horarios de vuelos a Portland? _____

•Si viene en carro ¿quién va a manejar el vehículo? _____

•¿Puso usted ya un mapa y las direcciones para llegar a OHSU en la guantera del carro? _____

•¿Tiene usted un plan de respaldo alternativo? _____

•¿Qué plan tiene usted en caso de que haga mal tiempo? _____

¿Tiene usted una copia de su seguro médico y su tarjeta de seguro de drogas recetadas en su cartera?

Sí _____ No _____

Usted TIENE QUE tener estas cuando llegues para su trasplante.

En el hospital

Su hospitalización durará 5 a 7 días. Durante ese tiempo corto, usted necesita recuperarse de la cirugía y además necesita aprender sobre los medicamentos y rutinas de pos-trasplante. Es de gran ayuda que otro miembro de la familia o un amigo también aprenda esta información para que pueda ayudarle después de darle de alta. Esta persona de apoyo debe ser alguien que pueda estar disponible durante el día de lunes a viernes, para que pueda estar presente en las sesiones educativas después del trasplante. Se programa estas sesiones 1-2 días

antes de la sesión.

•¿Quién será la persona primaria de apoyo después del trasplante? _____

•¿ Quién será la persona secundaria(back-up) de apoyo? _____

•Si su plan de seguro médico no cubre el costo de las medicinas de la farmacia de OHSU ¿Tiene usted alguna persona que pueda recoger las medicinas por usted, uno o dos días antes de darle de alta del hospital? _____

Después de darle de alta? _____

Por favor, recuerde que no se permite a ningún miembro de su familia a quedarse a dormir en su sala del hospital durante su hospitalización. Haga planes de acuerdo a esta regla.

Usted recibirá un paquete que se llama “Usted y su Riñón” a la hora de entrada; repase esta información cada 2 meses o más mientras que usted espera el trasplante.

Después de darle de alta

Después de darle de alta del hospital, usted necesitará hacer viajes frecuentes a OHSU para exámenes de laboratorio y citas clínicas. (Un horario detallado de citas de pos-trasplante está impreso al final de este formulario). No se permite manejar por 4 semanas aproximadamente después de su cirugía.

Semana 1-3 después de darle de alta:

Planee evaluaciones en el laboratorio por lo menos 3 veces cada semana donde le saca la sangre entre las 8 y 9 de la mañana y por lo menos una cita clínica por la mañana cada semana. Planee estar en OHSU por 2-3 horas en días clínicos. Es posible que algunos receptores todavía puedan requerir diálisis.

•¿Cómo piensa llegar a estas citas diarias? ¿Qué plan tiene? _____

•¿Cuál es su plan alternativo (back-up)? _____

Alojamiento y Comidas

Se requiere que usted permanezca a no más de 1 hora de distancia de OHSU por 3 semanas después de que le den de alta. ****Si usted recibe un trasplante de páncreas, necesitará hacer planes para quedarse 3 meses en el área de Portland, aunque es posible que se permita regresar a casa más pronto si usted está recuperándose muy bien.**** OHSU no puede proporcionar alojamiento, comida, ni transporte. Es su responsabilidad desarrollar y tener un buen plan para este tiempo.

•¿Qué planes tiene sobre el alojamiento y para las comidas? (Sea específico)

•¿Cuál es su alternativa (back-up) para alojamiento y para las comidas? _____

•Si usted está planeando alojarse con familiares o amistades que viven en esta área, ¿Ya hizo estos arreglos? _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

•Si usted está planeando quedarse en un hotel, ¿Ya se informó del costo de habitaciones de hotel? _____

¿Ya tiene dinero apartado para este gasto? _____

•¿Paga su seguro médico los gastos de alojamiento y de las comidas? _____

Si paga estos gastos, ¿hizo usted los arreglos para recibir estos beneficios? _____

Nombre de su Trabajador/ Coordinador de Seguro Médico su caso: _____

Teléfono: _____ # de Confirmación: _____

Transporte Urgente

Existe la posibilidad de que usted tenga que venir a OHSU en forma inesperada y urgentemente después del trasplante. Por ejemplo, usted podría tener una fiebre alta a la 1 de la mañana.

•¿Cuál es su plan de transporte en estas ocasiones? _____

•¿Cuál es su plan alternativo? _____

Es importante que podamos localizarlo(a) fácilmente

Su coordinador pos-trasplante le llamará casi cada día durante las primeras semanas para hacer cambios en los medicamentos, para hacer cambios del horario de los análisis de laboratorio, para hacer citas de estudios adicionales, etc. El coordinador necesitará hablar con usted o dejar mensajes que usted debe contestar pronto. Si usted no tiene una máquina contestadora, es muy importante que tenga una, le recomendamos que compre una antes del trasplante.

•¿Cuál es la forma primaria más rápida de comunicarnos con usted después del trasplante?

•¿Cuál es la forma secundaria (back-up) más rápida de comunicarnos con usted después del trasplante?

Aparatos Médicos

Usted necesitará una escala, un termómetro digital, un manguito de presión arterial para que usted pueda

evaluarse diariamente después de su trasplante. Usted necesita comprar estos aparatos antes de su trasplante y aprender como usarlos antes del trasplante. Si los necesita, consulte con su compañía de seguro médico para averiguar si su póliza los paga. Además, la Fundación Nacional de Riñones (National Kidney Foundation) podría tener fondos para ayudarle a comprar el manguito para que se pueda tomar la presión arterial. Llámelos al 888/354-3639. Si usted no se queda en casa después de darle de alta, usted necesitará traer todos estos aparatos cuando venga a OHSU para la cirugía.

•Ya tengo todos estos aparatos. Sí No

Si contestó que no, ¿qué plan tiene usted para obtenerlos? _____

Restricciones de Actividad

Usted tendrá restricciones en la cantidad de peso que usted puede levantar después del trasplante. Por las primeras 6 semanas, usted no puede levantar más de 10 libras. Por semanas 7 a 12 después del trasplante, usted no debe levantar más de 20 libras. Usted necesitará ayuda con los quehaceres, con el lavado, con las compras, con el cuidado de niños, etc.

•¿Quién estará disponible para ayudarle después del trasplante? _____

•Si esa persona no está disponible ¿Cuál es su plan alternativo? _____

Programa de Lab

Mes	Programa	OHSU Lab	Local Lab
1	I-m-v	X	
2 y 3	I-u		X
4 – 6	L		X
7 – 12	Cada otra semana		X
13 – 18	Una vez cada mes		X
19 – 24	Cada 3 meses		X
25 – 36	Cada 4 meses		X
Después	Cada 6 meses		X

Programa Clínico

Mes	OHSU MD	Local MD
1	Weekly	
2 y 3	Cada 2-3 semanas	Reestablecer cuidado al 3 mes; programar una cita 1-2 semanas después del aniversario de 3 meses
4 – 12	Cada 3 meses	Dirigido por nefrólogo primario
13-18	A los 18 meses	
19-36	Cada 6 meses	
Después	Anualmente	